

« Le travail d'accroche avec le public en rue : des approches différentes »

Journée d'échanges du 11 décembre 2009

- ACTES -



Le Relais social urbain namurois

9, Rue d'Harscamp
5000 Namur

Tél. : 081/337 457

Courriel : info@rsunamurois.be

Table des matières

Rappel du programme	5
Séances plénières	7
Introduction	9
Introduction par le Président du Relais Social Urbain de Namur, Monsieur Philippe DEFEYT et par la Coordinatrice générale, Madame Virginie OLIVIER	9
Intervention de Monsieur Olivier DEMBUS	9
Intervention de Madame la Ministre Eliane Tillieux	10
Intervention de Madame Emilie MEESEN du service des infirmiers de rue de Bruxelles :	
"L'approche par la santé en rue : assistantat ou réinsertion ?"	11
Présentation de l'intervenant	11
Questions/Réponses	12
Intervention de Monsieur Alain FRANCOIS, Educateur de rue du Relais Social du Pays de Liège	15
Présentation de l'intervenant	15
Questions/Réponses	17
Intervention du Docteur Alain MERCUEL, psychiatre responsable du service SMES Paris : "Santé Mentale et Exclusion Sociale, partage d'une expérience parisienne"	19
Présentation de l'intervenant	19
Questions/ Réponses	22
Synthèse	23
Intervention de Monsieur Emmanuel NICOLAS, anthropologue et directeur de l'Abri de nuit Ulysse (Charleroi)	25
Présentation de l'intervenant	25
Questions/Réponses	26
Ateliers	29
Atelier 1 : «Une approche pluridisciplinaire du travail de rue : Sous quelle forme ?»	31
1) Introduction	31
2) Brainstorming sur la représentation du travail de rue	32
3) Réflexion consensuelle autour des usagers	33
4) Réflexion sur les métiers du travail de rue	34
5) Quelques éléments de méthodologie autour de la pratique du travail de rue	35
6) Peut-on imaginer un travail de rue idéal ?	37
7) Conclusion :	38
Atelier 2 : «Le travail d'accroche en rue comme levier d'insertion : quels outils ? »	41
1) Introduction :	41
2) Echanges sur la définition du mot « insertion » :	41
3) Leviers et freins à l'insertion :	43
4) Pistes pour travailler l'insertion :	45
5) Echanges d'expériences	47
6) Conclusion :	48

Atelier 3 : «Le travail de rue et le réseau »	49
1. Le travail en réseau : définition	49
2. Le travail en réseau : cas concrets.....	50
3. Des « concertations » autour de la personne : oui, mais pourquoi et comment ?.....	52
4. Un référent : Pourquoi, comment ?	53
5. Conclusion.....	53
Atelier 4 : «La rue et la santé»	55
Introduction	55
1. Les personnes de la rue et le réseau de soins	55
2. L'hygiène	56
Conclusion	57
Synthèse générale.....	59
Annexe 1	63
Annexe 2	64
Annexe 3	65
Annexe 4	66



Rappel du programme

Le travail d'accroche avec le public en rue : des approches différentes

8h30 Accueil des participants

9h00 Introduction par le Président du RSUN, Philippe Defeyt et par la Coordinatrice générale, Virginie Olivier

9h15 Présentation par Alain François du service d'éducateurs de rue de Liège: « Les missions des travailleurs de rue et leur place dans le réseau de prise en charge liégeois. »

Echanges

9h45 Présentation par Emilie Meessen du service des Infirmiers de rue de Bruxelles : « L'approche par la santé en rue: assistantat ou réinsertion? »

Echanges

10h15 Pause

10h30 Présentation par le Dr Alain Mercuel (SMES Paris) : « Santé Mentale et Exclusion Sociale, partage d'une expérience parisienne. »

Echanges

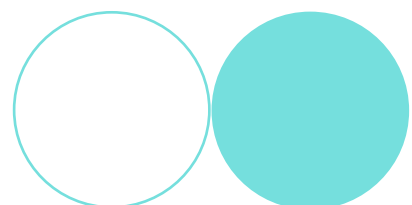
12h00 Lunch interactif

13h15 Intervention d'Emmanuel NICOLAS, Directeur de l'abri de nuit Ulysse(Charleroi) et anthropologue: « Habiter et être habité par la rue: questionner le point de vue. »

Echanges

14h30 Ateliers

16h30 Verre de clôture



Séances
plénières

Introduction

Introduction par le Président du Relais Social Urbain de Namur, Monsieur Philippe DEFEYT et par la Coordinatrice générale, Madame Virginie OLIVIER

Le Président salue la présence de Madame la Ministre.

Il évoque les liens noués entre les sept Relais sociaux de Wallonie, qui sont avant tout des réseaux qui tentent de faire fonctionner les gens ensemble. Les Relais sociaux travaillent autour de 4 pôles : l'urgence sociale, l'accueil de jour, l'accueil de nuit. Mais ils travaillent également la question de la santé au travers des Relais santé.

Le travail du Relais social urbain s'articule autour de 2 plans principaux : la Coordination générale et le subventionnement de projets qui doivent fonctionner en partenariat.

La Coordinatrice générale commente le choix du travail de rue comme thème du comité de concertation. Celui-ci est intéressant pour 2 raisons : d'une part car il s'agit d'un des axes de travail au relais social, et d'autre part parce que c'est une thématique qui, sur le terrain namurois, est en question et en évolution.

Le travail de rue constitue essentiellement un travail d'accroche avec les personnes précarisées via la rencontre, l'accompagnement physique vers les services,... Cette approche est pertinente car elle permet d'orienter et d'aider les gens qui ne font pas le pas d'aller vers les services. Il faut aller vers ces personnes.

Plutôt que de l'assistantat, il faut voir dans cette démarche une aide permettant aux personnes de rebondir, sachant que les personnes ancrées dans l'errance ont tendance à se mettre en échec. L'objectif du travail de rue est d'être là, de créer du lien et d'accompagner vers les services, en vue d'amener les personnes à mobiliser leurs ressources propres.

Intervention de Monsieur Olivier DEMBUS

Le Relais santé namurois, qui a vu le jour en septembre 2009, est composé de 2 infirmiers et d'un médecin référent, le Docteur FOX, fraîchement retraité de son poste de responsable d'un service d'urgences hospitalières.

La finalité du Relais santé est de créer du lien avec les usagers mais aussi de créer du lien entre les usagers et les partenaires en santé et en santé mentale.

Concrètement, le dispositif va à la rencontre des personnes dans leurs lieux de vie et les accompagne dans différents services sociaux. Il réalise également de petits soins et oriente les personnes vers d'autres services quand une prise en charge est nécessaire.

Les professionnels abordent et travaillent la thématique de l'hygiène avec les usagers et se déplacent dans les différentes institutions partenaires qui mettent à disposition de petits locaux sur place pour leur permettre de prodiguer des soins, en attendant la création d'un dispensaire.

Intervention de Madame la Ministre Eliane Tillieux

Madame la Ministre wallonne de l'Action sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances est venue avant tout en « voisine », étant donné la proximité du Ministère. Elle nous fait l'honneur de sa présence en raison de l'intérêt tout particulier porté par le Cabinet aux thématiques de la grande précarité.

Elle informe que le Parlement Wallon a voté le budget 2010. Il est évident qu'il faudra consentir à des efforts budgétaires au niveau régional. En effet, la crise financière se décline sur tous les plans d'activités du pays. Cependant, Madame la Ministre explique s'être battue au niveau de l'action sociale pour obtenir le maintien des moyens. Au final, tous les budgets ont été préservés.

Madame Tillieux remercie le Relais social urbain namurois ainsi que les acteurs de terrain pour leur travail, et souligne au passage toute l'importance de l'action des Relais sociaux qui veillent à améliorer la coordination entre les différents acteurs dans le champ de la lutte contre la précarité.

Elle souhaite aux participants une excellente journée de réflexion ainsi que de très belles fêtes de fin d'année.

Intervention de Madame Emilie MEEÛSEN du service des infirmiers de rue de Bruxelles : "L'approche par la santé en rue : assistantat ou réinsertion ?"

Présentation de l'intervenant

Le postulat d'Infirmiers de rue est le suivant : « Toute personne en rue peut devenir consciente de l'importance de prendre soin de sa santé et de son hygiène, de bénéficier d'un accès aisé aux soins et en faire usage. »

L'asbl a été créée en 2006 suite à une étude de terrain qui a duré un an et demi, analysant la situation à Bruxelles en matière d'aide en rue sur le terrain. Pour cette étude, quatorze associations réalisant du travail de rue et environ 2.500 personnes sans-abri ont été rencontrées. Malgré l'offre existante, d'importants problèmes d'hygiène semblaient persister. L'aboutissement de la recherche fut la création d'une équipe d'infirmiers de rue.

L'action de cette nouvelle équipe s'est d'abord focalisée sur les SDF, puis s'est élargie dès 2008 aux personnes disposant d'un logement, mais dont le mode de vie était sensiblement similaire à celui des personnes de la rue.

Depuis 2009, l'asbl dispense également des formations et fournit des outils en matière de prévention en vue de renforcer l'impact de son action.

Trois causes à la non-prise en charge sur trois niveaux distincts :

L'étude a permis de relever trois causes à la non-prise en charge de sa santé et au manque d'hygiène :

- 1) Les habitants de la rue ont souvent une mauvaise perception de leur hygiène et de leur santé. Pour eux, ce n'est pas une priorité car ils doivent d'abord répondre à des besoins primaires ;
- 2) Chez les professionnels, il y a souvent une lassitude et un découragement face à ces questions car ils ont le sentiment que la situation n'avance pas et que ces sujets sont un tabou qui risque de mettre la relation en péril si on l'aborde ;
- 3) L'environnement n'est pas adapté pour faciliter la prise en charge de ces questions, ou les initiatives existantes ne sont pas connues.

Les infirmiers de rue : Trois grands axes pour contrer ces trois causes :

Pour remédier à cette situation, les infirmiers de rue réalisent, à leur tour, trois types d'actions :

- 1) Le travail de rue : ils se rendent en journée dans l'environnement du patient, réalisent des soins, font de l'accompagnement dans les structures (d'où la nécessité de travailler en journée) et assurent un suivi (on continue à veiller sur la situation après la prise en charge dans un autre service). Au départ, il s'agit d'une prise en charge physique qui glissera progressivement vers une autonomie du patient. En général, sauf exception, les soins ne sont pas réalisés en rue.

2) L'organisation de formations. Deux types de formations sont dispensés. Il y a d'une part, la formation sur l'hygiène et la précarité. Elle est destinée :

- aux professionnels du monde médical (sensibilisation à la problématique de la précarité et adaptation des soins aux personnes en rue) ;
- aux travailleurs sociaux (en vue d'attirer leur attention sur l'importance de l'hygiène et de les aider à en parler plus facilement avec leurs usagers) ;
- aux agents de sécurité (sensibilisation à la problématique de la précarité, connaissance du réseau associatif et outils pour faire face aux plaintes des passants).

Le deuxième type de formation est relatif à la constitution d'une pharmacie adaptée aux personnes sans-abri.

3) La création d'outils permettant aux usagers de mieux prendre en charge leur santé et leur hygiène. L'exemple du plan reprenant les fontaines d'eau potable à Bruxelles est évoqué.

Questions/Réponses

Est-ce de l'assistantat ou peut-on parler de responsabilisation ?

L'action des infirmiers de rue se réalise dans l'environnement des personnes, avec une assistance médicale. Ils tentent de revoir la personne en rue, et, par un suivi, coordonnent les soins avec d'autres professionnels. De par leur formation d'infirmiers, ils ont une position d'intermédiaire vis-à-vis du monde de la santé, et accompagnent les patients à l'hôpital ou dans les maisons médicales.

Bien que l'équipe se compose d'un médecin et de quatre infirmiers, seuls ces derniers vont en rue afin de limiter leurs compétences et pouvoir ainsi déplacer les personnes vers les autres structures relais. Le suivi et la coordination des situations se fait en collaboration avec les institutions pour ne pas toujours retourner dans la rue et habituer les personnes à ce type de prise en charge. Cette action s'accompagne d'une formation et d'une démarche d'éducation des personnes pour qu'elles comprennent leur santé et se sentent mieux dans les services.

Quel est le rôle du médecin ?

Le médecin travaille deux jours par semaine et aide au suivi des patients. Il permet une prise de recul par rapport aux situations rencontrées sur le terrain. Chaque semaine, une réunion d'équipe a lieu, permettant de passer en revue les fiches de patients et de fixer les objectifs à atteindre.

Le médecin détermine les priorités. Il apporte également son aide pour diverses questions, telles que les causes de mortalité ou les maladies moins connues.

Quel lien avec la santé mentale ?

L'équipe effectue essentiellement un travail relationnel et d'accompagnement.

L'A.S.B.L. collabore avec le SMES pour les problématiques relatives à la santé mentale dont il effectue le suivi. Il assure également le relais des personnes vers des structures spécialisées. Des réunions sont organisées autour de certains dossiers.

Les infirmiers de rue donnent-ils des traitements aux personnes ?

Les équipes ne donnent pas de médicaments, car ils ne sont pas certains de rencontrer les personnes tous les jours. De plus, il ne faut pas non plus les habituer à être assistées dans la rue.

Par contre, ils réfléchissent à qui peut donner le traitement dans le réseau de la personne.

Si le traitement est lourd, les infirmiers essaient d'amener les personnes vers les maisons médicales.

La question des assuétudes

Etant donné la multitude de services dans ce secteur, l'équipe joue le rôle de relais et accompagne physiquement les personnes vers les structures spécialisées. Il se peut également qu'elle organise une coordination pour trouver la solution la plus adaptée.

Que faire avec les mineurs ?

L'équipe travaille avec les associations pour mineurs et évalue quel sera le service le plus adéquat/pertinent. Pour les jeunes qui refusent cette aide, l'équipe collabore alors avec les assistants sociaux de rue.

Que fait l'infirmier de rue face au refus de soins ?

Les infirmiers arrivent parfois au « mauvais moment » pour les personnes, celles-ci l'expriment et les professionnels repassent les voir après. Quand une personne refuse d'être approchée, les professionnels tentent d'en rechercher les causes et essaient de trouver des solutions. Quand rien ne marche, il est arrivé (2 fois jusqu'à présent) qu'une mise en observation soit sollicitée.

En ce qui concerne l'hygiène, les infirmiers de rue procèdent par étapes et recherchent simplement une évolution positive par des démarches progressives (exemple : arriver à ce que la personne se débarbouille avec une lingette), même si la situation peut paraître digne de l'urgence médicale.

Quand il y a un problème de santé mentale, les infirmiers tentent d'instaurer des habitudes : ils restent accroupis au même endroit, prononcent à chaque fois la même phrase d'accueil. Progressivement, ils sortent une bassine, puis y mettent de l'eau par la suite, etc. A la question de savoir si c'est du palliatif, E. MEESSEN répond par la négative, car il y a une évolution.

Le respect mutuel fait aussi partie du cadre professionnel et les professionnels n'hésitent pas à recadrer les personnes lorsqu'elles dépassent les bornes. Ils reviennent sur ce qui s'est passé et mettent des mots dessus. Le cadre est bien présent, même s'il est doux (sans uniforme...).

Les personnes sont-elles demandeuses ?

En général, si les personnes acceptent d'accueillir les infirmiers de rue, elles savent d'emblée que les questions d'hygiène et de santé vont être abordées. Par ailleurs, elles n'hésitent pas à en parler entre elles, et le bouche à oreille fait qu'en général, les infirmiers de rue n'ont pas de difficulté à entrer en contact avec les usagers.

Synthèse

On retiendra tout particulièrement de l'asbl Infirmiers de rue à Bruxelles :

- L'équipe est composée de **4 infirmiers supervisés par un médecin** à temps partiel ;
- Elle **s'appuie sur les constats posés par une étude** réalisée pendant plus d'un an auprès des professionnels bruxellois et de sans-abri. Cette étude avait mis en exergue que **malgré l'offre de services sur le territoire de Bruxelles, il existe d'importants problèmes d'hygiène au départ de la rue**. Trois principales causes sur trois niveaux distincts ont été pointées. La perception de l'usager qui ne voit pas l'hygiène comme une priorité, le malaise des professionnels qui n'osent pas aborder cette problématique avec l'usager par peur de troubler le lien de confiance et enfin, l'environnement non adapté en rue pour une bonne hygiène ;
- Le public-cible des infirmiers de rue étaient au départ les **personnes sans-abri ancrées en rue, mais peu à peu les personnes ayant un logement** mais néanmoins

avec des habitudes et problématiques similaires aux sans-abri **ont également été touchées** ;

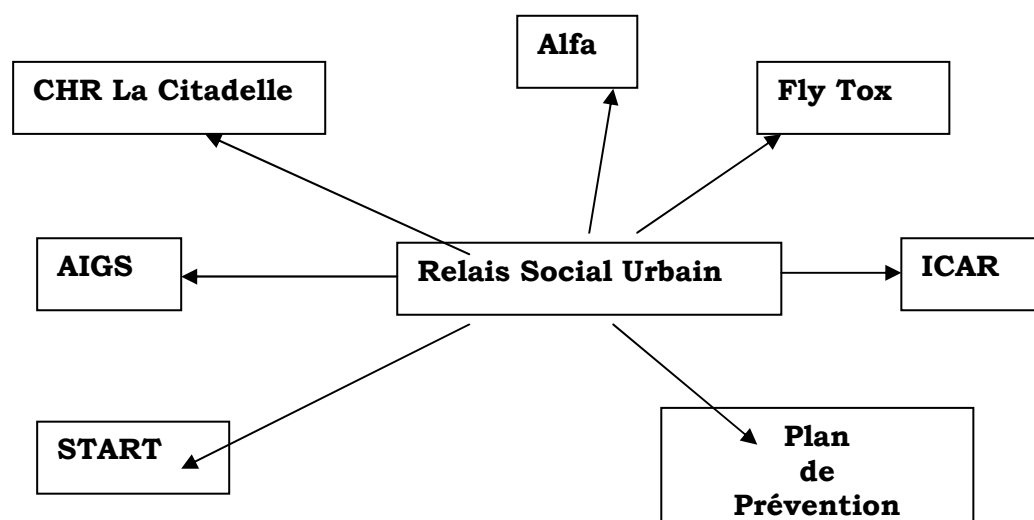
- Outre le **travail d'accompagnement, de relais, de suivi et de création du lien social** avec ces personnes, l'équipe joue un rôle de **dispensateur de formation** à destination du réseau ;
- L'équipe peut construire des outils pour **faciliter l'accès aux soins pour les personnes**. (plan des fontaines d'eau potables sur Bruxelles) ;
- L'équipe participe également à des **concertations de coordination** en vue de trouver avec d'autres professionnels la solution la plus adaptée ;
- L'équipe **ne défend pas une logique d'assistanat**. Elle veille à sensibiliser et responsabiliser les personnes par rapport à leur santé, hygiène et prise en charge. Le but n'est pas d'offrir les soins en rue mais bien de créer une passerelle entre la rue et les services intra muros compétents ;
- Concernant la **problématique de l'hygiène**, l'équipe se donne des petits objectifs avec la personne pour réintégrer une hygiène corporelle et ce dans une dynamique d'évolution. Aussi, le rythme de la personne balise chaque prise en charge ;
- En tant qu'infirmiers, il leur est plus facile d'**aborder l'hygiène avec la personne car cette dimension est en lien direct avec la santé** ;
- Le fait que les infirmiers soient en rue avec un cadre plus souple leur permet, via la relation, d'**instaurer doucement des habitudes positives avec la personne**.

Quelques bonnes pratiques peuvent être retenues :

- **Réflexion de mise en place d'une pharmacie adaptée aux personnes sans-abri** ;
- Le **travail progressif avec les personnes sur leur hygiène** ;
- La **publication d'un plan de Bruxelles indiquant les fontaines d'eau potable** ;
- Des **formations en matière d'hygiène** au réseau pour leur donner des outils ;
- La participation à des **concertions autour d'usagers** ;
- **Collaboration avec le SMES** pour les usagers ayant des troubles de la santé mentale.

Intervention de Monsieur Alain FRANCOIS, Educateur de rue du Relais Social du Pays de Liège

Présentation de l'intervenant



Depuis 2001, le Relais Social du Pays de Liège a développé une cellule d'éducateurs de rue en partenariat avec deux services de santé mentale, un service spécialisé en prostitution, deux services spécialisés en assuétude, le CPAS et l'hôpital.

Seuls Alfa et ICAR justifiaient d'une expérience de terrain.

La cellule des éducateurs de rue a fonctionné via le détachement d'agents des différents services ci-dessus pour créer l'équipe. Ceux-ci ont continué à participer à la vie de leurs structures, ce qui était un avantage pour la connaissance des acteurs sur le terrain, mais qui a posé des difficultés quant aux différences de statuts et de contrats au sein de la cellule.

C'est ainsi que, depuis 2007, tous les éducateurs sont engagés directement par le Relais social.

L'avantage réside dans l'harmonisation des statuts et des barèmes, mais du coup, les différents travailleurs ont un peu perdu le contact avec leur institution mère.

L'équipe actuelle est composée de 6 éducateurs et d'une coordinatrice. Ils sont encadrés par un comité d'accompagnement (composé des institutions mères et des partenaires qui sont venus s'y greffer), qui rend des comptes au Comité de pilotage du Relais social, et ensuite à son Conseil d'Administration.

1) Public cible :

La population visée est composée de personnes en situation de détresse majeure, vivant essentiellement à la rue et qui ont souvent des difficultés d'ancrage. Celles-ci ne sollicitent

plus ou peu l'aide des organismes sociaux généralistes et spécifiques. Elles ont tendance à « picorer » à gauche et à droite, en fonction de ce qui les intéresse. Il est donc très difficile d'assurer un suivi.

2) Finalité :

Il s'agit de prendre en compte, dans la globalité de ses ressources et de ses problématiques, toute personne en détresse sociale pour favoriser son insertion, même si l'on sait que ces personnes sont très éloignées des critères d'insertion tels que définis couramment (maison, travail, enfants,...). Le rôle des éducateurs est de garder le lien établi avec les personnes.

3) Objectifs :

Le premier objectif du service est d'assurer un relais entre les usagers et les services compétents pour la satisfaction de leurs besoins primaires.

Il a également pour mission d'orienter, d'informer et d'assurer un accompagnement auprès des services partenaires compétents. Ils travaillent en fonction de la demande de l'utilisateur. Les professionnels effectuent surtout un travail en réseau avec les partenaires pour une orientation vers les services de première ligne, puis de seconde ligne pour qu'ils puissent bénéficier d'un encadrement professionnel. Les partenaires pour ce travail sont notamment l'abri de nuit, le DUS, le CPAS, la Fontaine (pour l'accès aux douches, machines à laver, ...). Les travailleurs de rue sont donc avant tout des agents de liaison au bénéfice d'un travail en réseau.

Le travail consiste, le matin, en un travail de réseau et d'orientation, d'accompagnements divers en vue de faire le lien avec les institutions. Le soir, ils effectuent essentiellement un travail de réduction des risques. Les éducateurs parcourent les rues, munis de sacs-à-dos pour pratiquer l'échange de seringues et la distribution de préservatifs. Ils évitent au maximum de donner des seringues sans qu'un échange soit réalisé. Ils ne prennent pas plus de 10 seringues, et renvoient vers le comptoir d'échange, ouvert la journée, ceux qui souhaiteraient en échanger davantage.

Par cette démarche, et via la collaboration avec les autres dispositifs de réduction des risques, ils participent à une politique générale de santé.

De plus, en cas de nécessité, l'équipe sert aussi de médiateur entre les habitants de la rue et les citoyens.

Les professionnels travaillent également à la récolte d'informations sur la réalité du terrain afin de mieux la comprendre.

4) Organisation du travail :

L'équipe travaille en binômes mixtes (un homme et une femme) de deux agents. Le travail s'effectue du lundi au vendredi de 09h00 à 16h00 et de 15h00 à 22h00, et le samedi de 09h00 à 17h00.

La première heure du matin permet de faire le planning de la journée, et le recoupement pendant l'après-midi permet de faire un débriefing avec les deux équipes.

Deux éléments facilitant ce travail sont le respect mutuel que les travailleurs cherchent à mettre en place avec les personnes et le cadre de travail relativement souple, qui permet de s'adapter à chaque personne.

Quelle est votre attitude quand au refus du contact ? Quelles sont les mesures de maintien ?

L'éducateur de rue refuse la notion d'échec et continue l'accroche. Si une personne réitère plusieurs fois la même demande et que cela se solde à chaque fois par un échec, l'éducateur recommence le travail. Le problème, c'est qu'il y a des personnes pour lesquelles il est vraiment difficile de trouver des solutions. C'est le cas notamment pour les personnes d'origine étrangère et les personnes qui n'ont connu qu'un parcours institutionnel. On peut décider de ne plus travailler de manière ponctuelle avec une personne mais rester accessible pour elle. On ne dénie pas la personne. Cependant, il n'est pas possible de mobiliser l'énergie de l'équipe pour une seule personne, il faut pouvoir mettre cette énergie au service de tous.

Pouvez-vous expliquer votre rôle de médiation en tant qu'éducateur de rue ? Quel est l'aspect de la médiation avec d'autres citoyens ? Faites-vous appel aux forces de l'ordre ?

Cela va plutôt dans l'autre sens. Malgré la pléthore d'associations, des gens dorment sur des cartons et « dérangent » le citoyen. Le plus souvent, c'est la police qui contacte les travailleurs de rue pour leur faire part d'une situation où elle pourrait être amenée à intervenir si rien ne change. Les travailleurs de rue vont alors vers les personnes dites « dérangeantes » pour leur expliquer qu'ils ont été contactés, mais cela ne suffit pas toujours à éviter l'intervention policière.

Bénéficiez-vous de supervisions individuelles et collectives ?

Il n'y a pas de supervisions individuelles mais des supervisions collectives axées sur les situations rencontrées en rue.

Les structures disposent-elles d'espace suffisant pour accueillir tout le monde ?

Tout d'abord, il faut rappeler qu'il y a beaucoup d'associations sur Liège. Les dispositifs couvrent les 24h de la journée et permettent de répondre aux besoins primaires des personnes les plus précarisées.

A Liège, il y a environ 300 lits dont :

- 62 personnes en Abri de nuit
- 25 personnes en Caserne
- 2 lits d'urgence
- +/- 150 personnes en hébergement satellite

Si l'on prend tout cela en considération, on peut compter qu'il y a environ 300 places pour le public sans-abri. S'il devait y avoir des places supplémentaires, il y aurait toujours bien des personnes pour les occuper. Il faut viser la réinsertion.

Synthèse

La cellule des éducateurs de rue, coordonnée par le Relais Social du Pays de Liège, **fonctionne avec des agents qui**, au départ, **étaient détachés de différents services** (santé mentale, prostitution, assuétudes, CPAS et hôpital), avant d'être engagés par le Relais social en vue d'harmoniser leurs statuts.

Leur travail cible toute personne en situation de détresse majeure, essentiellement vivant en rue et **rencontrant des difficultés d'ancrage, sollicitant peu ou prou les services sociaux**. Ils **visent à favoriser leur insertion**, bien que celle-ci soit souvent relative. **Quand une personne refuse le contact**, ou que les interventions se soldent par des échecs successifs, les travailleurs de rue poursuivent malgré tout le **travail d'accroche**.

Objectifs :

- **assurer un relais** entre usagers et services compétents (essentiellement satisfaction des besoins primaires) ;
- **orienter, informer et assurer un accompagnement** auprès des services partenaires ;
- s'inscrire dans une politique générale de santé via un **travail de réduction des risques** ;
- faire office de **médiateur** entre les habitants de la rue et les citoyens ;
- participer à la **récolte d'informations** sur la réalité de terrain.

Ils sont avant tout **des agents de liaison au bénéfice d'un travail en réseau**.

L'équipe travaille en **binômes mixtes de deux agents**. Le travail s'effectue **du lundi au vendredi** de 09h00 à 16h00 et de 15h00 à 22h, **et le samedi** de 09h00 à 17h00.

Intervention du Docteur Alain MERCUEL, psychiatre responsable du service SMES Paris : "Santé Mentale et Exclusion Sociale, partage d'une expérience parisienne"

Présentation de l'intervenant

Il s'agit d'un service d'appui au Centre Hospitalier Sainte-Anne à Paris.

Des liens se sont créés il y a 10 ans avec la Belgique et le SMES Europa (européen).

Le Dr MERCUEL est médecin psychiatre, et coordonne l'équipe du SMES Paris, qui est composée d'un médecin, de trois infirmières, d'une assistante sociale, d'un psychologue et d'une secrétaire. Il coordonne également toutes les équipes parisiennes. Ce n'est pas chose aisée, car cela pose la question des redondances, des multiples interventions.

Dans les années 70, la psychiatrie excluait les SDF car elle avait une approche par territoire, qui était limitée aux personnes qui avaient une adresse. Des expériences publiques ont été réalisées afin d'étudier la manière de permettre à ces personnes d'accéder aux soins (création de services comme le SMES). Cette expérimentation connut également un versant associatif, avec le SAMU social ou Médecins du monde. Dans le même temps, on a vu une tendance à la diminution des structures intra-hospitalières, avec comme effet une certaine désinstitutionnalisation et, parallèlement, un développement insuffisant de structures extrahospitalières.

Il est très difficile de trouver une place en structure de soin, et davantage encore en hébergement. C'est un des éléments qui explique que des personnes se retrouvent à la rue. Mais il faut ajouter à cela les **facteurs de risques conduisant à l'exclusion** :

1. une **histoire infantile perturbée** : antécédents psychiatriques familiaux, violence parentale, séparation, placement, abus sexuels, ...
2. un **faible niveau d'acquisition scolaire**
3. des **antécédents psychiatriques** (comportement antisocial, maladie mentale sévère, etc.
4. la **consommation** d'alcool et de toxiques
5. des **difficultés sociales précoces** : surendettement, logement, etc. Lorsqu'une personne cumule tous ces facteurs de risques, il est très difficile d'intervenir en curatif. Mais il y a peut-être des choses à mettre en place en développant la prévention.
6. la **mauvaise utilisation des services** (personne qui demande un pansement à l'assistante sociale et un sandwich à l'infirmière) ou une **offre de services inadaptée**.

D'autres difficultés pour la prise en charge peuvent être mises en évidence :

- la non-demande des patients (s'il ne demande rien, c'est qu'il n'a besoin de rien)
- la nécessité du respect du cadre (être à l'heure à un rendez-vous,...), alors que l'on sait que ce public a une temporalité différente et a du mal à être à l'heure. Il y a une différence à établir entre un cadre et un carcan.
- l'écroulement (ce n'est pas de notre ressort, il faut aller frapper à une autre porte)
- la dégradation des soins? La durée moyenne des soins et des séjours à l'hôpital est en baisse, la médecine fait des progrès, mais il n'y a pas de structures « post », à la sortie... Ce n'est pas tant d'une dégradation des soins que d'une dégradation des conditions de travail dont il est question.

- l'argument éthique « C'est leur choix ». Or, sans en arriver à l'interventionnisme, on peut parfois comprendre une demande non-énoncée mais évidente.

Parallèlement, les 10 ans d'expérience de travail de rue de l'intervenant lui ont montré qu'il n'y avait pas une seule personne en rue qui ne souffrait pas d'un problème de santé mentale.

Et puis, il y a la demande implicite, celle de la personne qui a installé ses cartons devant un hôpital, par exemple.

Il faut privilégier une démarche proactive c'est pourquoi le SMES effectue un travail en itinérance avec une approche non dogmatique, adaptée à la situation de chacun (un individu signifie un état clinique particulier), qui évite les stéréotypes et la confusion, non seulement entre les acteurs sociaux, mais aussi au niveau des usagers qui se perdent parfois dans la nébuleuse des intervenants.

Le SMES veille à se limiter à son champ d'intervention.

Il existe certains risques, comme :

- la caricature (ils sont tous alcooliques)
- les amalgames entre intervenants (fonctions et rôles)
- les chiffres, qu'il faut pouvoir utiliser avec prudence, car on peut leur faire dire tout et n'importe quoi !

Actuellement, une enquête est en cours sur une population de 850 personnes sans-abri.

⇒ 59 % des hébergés en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) sont des hommes

⇒ 61 % des personnes ont moins de 39 ans

⇒ 29 % sont étrangers

⇒ 80 % des SDF en quête d'emploi occupaient auparavant un emploi d'ouvrier ou d'employé.

⇒ 49 % sont nés de père ouvrier, 7 % de catégorie supérieure

⇒ 25 % ne vivent plus en famille depuis l'âge de 16 ans

⇒ 50 % refusent un hébergement

⇒ 75 % ont rencontré une équipe de psychologues, mais 75 % d'entre eux n'en ont plus et 50% ont arrêté tout traitement.

On constate que cette population accède quatre fois plus aux soins par le biais d'une plainte somatique, et vingt fois plus par une tentative de suicide. C'est une sorte de « perversion » du système. Aussi, il est frappant de constater que 30 % des personnes en rue ont un trouble psychiatrique sévère qui peut s'accompagner de consommation d'alcool et/ou de cannabis (20 % des personnes ont des problèmes d'alcool et 16 % des personnes consomment du cannabis).

Début 2000, on a assisté au décroisement entre les secteurs psychiatriques, avec dans la même foulée la création d'équipes mobiles spécialisées en santé mentale et précarité, et ce, un peu partout en France.

A Paris, il y a cinq de ces équipes SMES qui travaillent avec les cinq hôpitaux psychiatriques, +/- 100 services sociaux et structures hospitalières (qui reçoivent chaque année 15.000 personnes en urgence psychiatrique), ainsi qu'un centre médico-social et une prison.

Ces cinq hôpitaux psychiatriques couvrent des territoires différents. Il y a une équipe mobile dans chaque zone pour aller à la rencontre des personnes.

Concrètement, le travail du SMES, c'est:

- Assurer des permanences dans des lieux sociaux toute la journée, y compris la nuit: structures d'infirmerie, accueil de jour ou de nuit, sur demande. Dans les structures de

nuit, on peut en général accueillir environ 80 personnes, et l'une de ces structures peut héberger jusqu'à 450 personnes par nuit (La Mie de Pain). Cependant, il faut lutter contre ces structures gigantesques au profit de plus petites structures.

- Réaliser des interventions mobiles sur sollicitation d'un tiers demandeur (police, concierge d'un immeuble, ...). L'équipe n'utilise pas le terme de « maraude » pour évoquer son travail de terrain, car elle estime que ce terme sous-entend la notion de « hasard ». Si elle intervenait comme cela avec les SDF, il faudrait aussi le faire chez monsieur tout le monde. L'équipe rencontre chaque année plus de 700 personnes sur une population de 600 000 habitants. On peut répertorier jusqu'à 25 000 places d'hébergement.
- Assurer un accueil, une orientation et un accompagnement de la personne en cas d'hospitalisation ainsi qu'un suivi dans la structure de soin. L'équipe du SMES effectuent des entretiens individuels auprès des personnes. elle a ainsi pu réduire le nombre d'hospitalisation sous contrainte en favorisant la démarche volontaire des personnes.
- Evaluer les besoins, y compris en urgence (entretiens non programmés)
- Être sollicité comme expert à l'intérieur des services pour préparer la sortie d'un patient, par exemple.
- Mettre en place des groupes de parole permettant aux SDF de s'exprimer (plus ou moins 15 participants).

Les buts du SMES sont :

- d'être une passerelle, un facilitateur, une articulation entre le médical et le social en ce qui concerne la prise en charge de la santé mentale,
- de réaliser des ateliers thérapeutiques (par exemple, des personnes sans-abri restaurent des logements qui ont été dégradées par leurs habitants, et sont pour cela payées au S.M.I.G.)
- de travailler avec des équipes de première ligne confrontées aux problèmes de santé mentale, par le biais de formations ou de supervisions sur le thème de la psychiatrie et de la précarité ;
 - ⇒ En menant des actions de reconnaissance ;
 - ⇒ En créant du réseau à partir de situations cliniques ;
 - ⇒ En tenant un rôle de soutien auprès des équipes.

Le Docteur Mercuel face à tous ces constats, se pose dès lors la question suivante : Comment créer une accroche avec le public en rue s'il y a autant de tâches et si peu de moyens ?

Selon lui, une des missions premières de l'équipe SMES est de rencontrer les personnes en rue pour les aider à consentir à une aide. L'équipe discute avec elles de leur souffrance et de l'accès à l'apaisement de cette souffrance en termes de bénéfices et de risques. Elle leur donne de l'information sur ce qu'on propose en vue de parvenir à leur consentement éclairé. « Le consentement, c'est l'aboutissement ».

A Paris, les « SDF fous » se surnomment les « SDOUF ». Leur consentement est obscur. En quelque sorte, on peut dire qu'ils consentent « dans une certaine folie » (par exemple, une personne acceptera l'hospitalisation car elle pense qu'il va y avoir un tremblement sous son carton).

La loi sur l'hospitalisation sous contrainte a vu le jour en 1990. Dans la mesure du possible, l'équipe du SMES tente de ne pas y recourir.

Quelles peuvent être les raisons des refus ?

⇒ A côté du « consentement obscur », il y a le « **refus obscur** ». S'agit-il d'un véritable refus ? **Il existe des demandes implicites qu'il faut pouvoir décoder.**

En rue, **il y a des situations de troubles psychiatriques qui vont entraîner un refus** :

- la dépression alcoolisée, qui entraîne souvent le refus de toute prise en charge car les personnes ont un sentiment d'échec bien implanté.
- les états post-traumatiques des personnes qui ont vécu l'horreur (viols, guerre dans les pays d'origine,...)
- les états de dépersonnalisation, quand on n'a plus aucun contact, même sensoriel (toucher, chaleur, lumière, ...). Ces états peuvent s'améliorer rapidement lorsque la personne est prise en charge dans un établissement hospitalier « maternant ».

⇒ Il y a aussi ce que l'on qualifie de « **refus éclairé** » :

- le **harcèlement humanitaire**, dû au manque de coordination des actions d'aide. Il faut pouvoir se coordonner et se dire qu'on n'est pas plus important que l'autre ;
- les **risques liés à l'hébergement** (les vols, les parasites, la violence,...).

Le Conseil de l'ordre invite les médecins à respecter l'autonomie du SDF, mais prévoit par ailleurs qu'ils puissent prendre des mesures contraignantes. Ainsi, ils naviguent entre la non-assistance à personne en danger et l'internement abusif.

La première cause de décès en rue est la violence. Si en France, l'espérance de vie est de 80 ans. Pour un SDF, elle est ramenée à 46 ans (âge moyen des morts en rue). Elle s'apparente ainsi à l'espérance de vie de certains pays d'Afrique.

Il est nécessaire d'aller à la rencontre des personnes pour savoir qui d'entre elles et pourquoi elle refuse l'aide /le soin. Entre l'interventionnisme et l'immobilisme, il faut créer un espace-lien qui peut faire rebondir les personnes. Les personnes à la rue souffrent toutes d'une **pathologie du lien**. Il y a donc tout un **travail de reconstruction** à réaliser, au moyen :

- d'un travail sur le corps (douleur, perte de la vue, etc.) ;
- d'un travail de création (ateliers thérapeutiques) ;
- d'un travail social (médiation vers le soin).

L'important est de garder le lien « à bas seuil », quelle que soit la difficulté (être tuteur de lien, assurer un lien palliatif, un lien vicariant → sorte d' « itinéraire bis »).

Questions/ Réponses

Les SDF ont-ils des points d'attache ou sont-ils en mouvement ?

Souvent, on constate que les personnes s'installent près des endroits où elles ont des souvenirs heureux et fuient les lieux évoquant leurs souvenirs malheureux. Il faut donc faire attention à l'endroit d'hébergement pour ne pas les ramener vers des endroits où elles ont des souvenirs traumatisants. "Où ne voudriez-vous pas aller ?"

Le principe de l'hébergement à tout prix (« housing first ») ne peut convenir que pour des personnes qui ne sont pas trop en souffrance et qui ne présentent pas de pathologie mentale.

Comment faites-vous, avec une si petite équipe, pour suivre tout le monde ?

Notre mission est de conduire les personnes vers le droit commun. Pour certains, cela prend beaucoup de temps. Ils fonctionnent au « tuilage », et passent la main petit-à-petit.

L'action du SMES se situe dans un temps pré-thérapeutique plus ou moins long qui est déjà thérapeutique en soi.

Comment faire la coordination afin que les diagnostics en rue et ceux des professionnels de santé correspondent? Pour que les différents professionnels accordent leurs violons?

C'est tout l'intérêt des équipes psychiatriques mobiles. Dans le cas du SMES, l'interface, la passerelle est faite par un professionnel de santé et ne peut donc pas être disqualifiée par ses

pairs. Il faut que l'action du médical et du social soit coordonnée. Il est important d'avoir une démarche de décloisonnement, et non de prestation de service. On doit travailler ensemble. Il faut se retrouver autour des usagers pour les faire sortir de la rue et être dans un échange équitable, un véritable partenariat.

Synthèse

De par son expérience de **médecin psychiatre et de coordinateur du SMES à Paris**, le **Docteur Mercuel nous fournit des grilles de lectures sur la problématique de l'accès aux structures par les sans-abri.**

Le manque de place en structure de soin et en structures d'hébergement et une série de facteurs de risques (enfance difficile, faible niveau scolaire, antécédents psychiatriques, consommation, surendettement, etc.) **peuvent expliquer le basculement des personnes vers l'exclusion**

Ces facteurs rejoignent les résultats d'une enquête en cours qui met en avant que :

- **plus de la moitié des personnes interrogées a moins de 39 ans,**
- **un quart ne vit plus en famille depuis l'âge de 16 ans,**
- **la moitié refuse un hébergement**
- **près d'un tiers des personnes en rue ont un trouble psychiatrique sévère éventuellement accompagné de consommation d'alcool et/ou de cannabis.**

Le Docteur souligne ainsi **l'importance de la prévention.**

La **mauvaise utilisation des services par les usagers explique également la difficulté d'accéder à une prise en charge.**

Ce n'est pas suffisant de trouver le professionnel adéquat pour sa problématique car encore faut-il que la personne soit à l'heure au rendez-vous, que le professionnel puisse prendre en charge l'ensemble de la problématique et que l'usager puisse correctement formuler sa demande (car s'il n'y a pas de demande il n'y a pas d'intervention !).

Il est **important de décoder le refus des personnes à une prise en charge. Il y a des refus obscurs, des refus liés à un trouble psychiatrique et des refus éclairés.** Chacun de ces refus doit faire place à une intervention, une attitude différente de la part du travailleur.

Le refus d'une aide peut aussi s'expliquer par le passé de l'usager. Si une personne a connu de grosses difficultés dans une ville, elle refusera une place d'hébergement en ce lieu. Concernant les structures d'hébergement, le **Docteur Mercuel pense qu'il faut lutter contre les structures d'hébergement gigantesques au profit de plus petites structures.**

L'ensemble de ces constats signent au final le manque d'adéquation, de compréhension entre les sans-abri et le monde institutionnel.

La **position inconfortable des médecins** est mise en avant : ces derniers **sont tiraillés entre le respect du libre arbitre de la personne et la crainte de non-assistance à personne en danger** ; ce qui peut les amener à enjoindre des internements parfois abusifs sous couvert de ce principe.

Selon le Docteur Mercuel, **une démarche proactive est à privilégier avec les personnes sans-abri ancrées en rue car un travail d'itinérance couplé à une approche non dogmatique permet la rencontre, la singularité des prises en charge.** Aussi, il est important d'éviter les stéréotypes et de clarifier les positions, fonctions de chacun des intervenants.

Face à cet état des lieux, les missions du SMES sont :

- d'**être une passerelle, un facilitateur, une articulation** entre le médical et le social en ce qui concerne la prise en charge de la santé mentale ;
- de **réaliser des ateliers thérapeutiques** ;
- **Travailler au consentement informé** avec l'utilisateur ;
- de **travailler avec des équipes de première ligne** confrontées aux problèmes de santé mentale, **par le biais de formations ou de supervisions** sur le thème de la psychiatrie et de la précarité.

Ces missions sont concrétisées via :

- des **permanences dans des lieux sociaux** ;
- des **interventions mobiles sur sollicitation d'un tiers** demandeur ;
- un **accueil, une orientation et un accompagnement** de la personne en cas d'hospitalisation ainsi qu'un suivi dans la structure de soin ;
- **L'évaluation des besoins** de la personne ;
- La **position d'expert à l'intérieur des services** (et à leur demande) pour préparer la sortie d'un patient, par exemple ;
- La **mise en place de groupes de parole** avec des personnes précarisées.

Le Docteur Mercuel souligne qu'**entre l'interventionnisme et l'immobilisme, un espace-lien peut être créé pour faire rebondir les personnes**. Souffrant toutes d'une pathologie du lien, **le travail premier à accomplir est un travail de reconstruction et de stabilisation de ce lien**.

Enfin, **une logique de décroisement entre le médical et le social est prônée** dans une logique d'échange équitable, de partenariat autour des usagers.

Intervention de Monsieur Emmanuel NICOLAS, anthropologue et directeur de l'Abri de nuit Ulysse (Charleroi)

Présentation de l'intervenant

E. NICOLAS, à travers sa présentation, souhaite mettre en dialogue une recherche qu'il a menée et la pratique de travail de rue. Il est assistant social et « anthropologue du proche ».

Il nous présente les habitants de la rue et la manière dont la rue les habite, au travers de l'histoire d'Anaïs, une personne sans abri qu'il a rencontrée à l'occasion de son travail et qu'il a interrogée dans le cadre de sa recherche. **Dans les interstices de la ville, se trouvent des gens au « comportement bizarre »**, terme préféré à celui de troubles de la santé mentale.

E. NICOLAS a rencontré Anaïs il y a un peu plus de 15 ans.

Pour entrer en contact avec le public de la rue, offrir une cigarette est un peu comme frapper à une porte, comme un passe-droit.

Anaïs est une sorte de poupée errante. Malgré sa poly-toxicomanie, elle a gardé un visage enfantin aux yeux brillants. Elle se balade avec de grands sacs, s'arrêtant parfois dans l'une ou l'autre institution. Dans d'autres lieux, on pourrait dire d'elle que c'est une jeune fille branchée. Puis, Anaïs dépose ses sacs devant une vitrine et entame un dialogue avec les mannequins, les saluant, les injuriant, parfois. Les passants, méfiants, la regardent. Quelques fois, Anaïs se dénude devant eux. C'est une pratique autorisée en Afrique Subsaharienne, mais seuls les « fous des rues » y sont autorisés.

Anaïs fait la manche, se nourrit de ce qu'on lui donne, offre son corps pour une dose ou une bière bon marché.

Elle dort dans un squat ou sur des pilastres de 7 mètres de haut, sur une plateforme de 2m² située au-dessus du ring. Elle semble avoir besoin du bruit des voitures.

Les moments passés à ses côtés sont teintés de longs silences ou de dialogues à tout va.

Un jour, E. NICOLAS fut invité à découvrir le **contenu de son sac**. C'est **un peu comme une maison** qu'elle trimballe avec elle : documents, vêtements, papier WC, ... Elle construit des bouts de territoire un peu partout dans la ville. **Chaque objet correspond à une tranche de vie**. C'est un peu comme son agenda.

Un soir, elle se présente à l'abri de nuit, craignant d'être violée par un dealer. A sa demande, E. NICOLAS lui tiendra la main toute la nuit. En réalité, Anaïs est enceinte de 4 ou 5 mois. Elle est délirante. Lorsqu'elle était petite, sa maman lui disait que le Diable avait introduit sa queue dans son ventre.

Anaïs va dans un centre, mais elle met l'équilibre de la vie quotidienne en péril.

En rue, beaucoup de filles tombent enceintes.

Elle n'a pas conscience des risques qu'elle peut encourir. Son enfant sera placé en institution.

Anaïs gardera un ours en peluche en guise de souvenir dans son sac.

E. NICOLAS a choisi, pour sa recherche, d'utiliser la photographie comme outil méthodologique. Les photos des habitants de la rue étaient prises avec leur accord.

Anaïs, au départ, commente beaucoup les photos. Elle choisit chaque fois un squat à proximité du ring pour entendre les bruits de voiture. L'accès n'est pas aisé et nécessite une certaine performance physique.

Ensuite, elle refusera la démarche photographique. E. NICOLAS n'aura plus de contacts avec elle pendant 3 à 4 semaines.

Pour les commerçants, Anaïs fait un peu partie du décor. L'une d'entre eux a d'ailleurs pris l'habitude de la nourrir et de la protéger. **Parfois, les commerçants demandent aux habitants de la rue de leur donner un petit coup de main**, en déchargeant un camion ou en allant leur chercher un café.

Anaïs a un **rapport au temps qui se décline sous le mode de l'urgence**, celle de la consommation de drogue.

Certains « night shops » vendent des ustensiles permettant de préparer la consommation d'héroïne. Il y a là une sorte d'économie qui s'installe.

Il est intéressant d'observer comment les habitants de la rue entrent en relation avec la ville, avec leur espace urbain.

Ce qui caractérise Anaïs, c'est son corps, résistant, et sa capacité à faire et à défaire des frontières, à changer d'identité dans cet espace urbain. Il y a des petits rituels. Elle ne supporte pas les psychologues car ils ne viennent pas en rue. Ses éducateurs, pour elle, sont ses thérapeutes.

Dans les squats, des « **doudous** » jonchent les alentours des paillasses des consommateurs. Ces doudous ont une grande importance pour les habitants de la rue : ils **réduisent l'angoisse**, permettent de se raccrocher au contexte de la chambre de leur enfance.

Les personnes sont souvent vues, voire se voient elles-mêmes, comme des monstres car elles font peur. Cependant, dans la plupart des sociétés, les monstres sont aussi ceux qui rappellent la loi des dieux. Les SDF seraient les monstres de notre mythologie urbaine car ils sont vus comme tels, surtout quand leur comportement trouble la tranquillité urbaine.

Suite à une plainte d'un passant, la police est intervenue, suite à quoi Anaïs a été mise en observation pendant 40 jours. Elle en est sortie encore plus mal. Elle avait perdu ses repères, elle surconsommait.

Face à ce tableau, toutes ces caractéristiques, E. NICOLAS pose les questions : Quel type de soins donner à ces personnes ? Quelle est la place du travail de rue ?

Questions/Réponses

Quel aménagement par rapport à ces personnes ?

Au niveau de l'abri de nuit, nous sommes amenés à « tricher » avec nos règles institutionnelles. Le travail de proximité reste obligatoire, au risque de rester dans la dynamique de l'exclusion.

Concernant Anaïs, la mise en observation n'a pas été une solution. C'est le passage du travailleur social qui fait soin.

L'exclusion n'est pas une bonne option mais l'inclusion, qui signifie « fermer en dedans » ne l'est pas non plus. Il faut donc pouvoir proposer un équilibre.

Les personnes s'approprient la rue. C'est un peu leur maison. Ainsi, proposer un hébergement ne convient pas forcément d'emblée car cela les déstabilise. Elles perdent leurs repères.

Doit-on accepter que pour certains, la rue, c'est leur milieu de vie ?

La question à poser, c'est : "Comment peuvent-ils habiter nos institutions ?"

"Comment peuvent-ils prendre en charge leur santé ?"

La difficulté, c'est que certains sont « trop fous » pour être hébergés et « trop SDF » pour être soignés.

Il faut pouvoir prendre en compte leur vécu personnel.

On peut aider les personnes à prendre soin d'elles mais on devrait aussi pouvoir accepter qu'elles boivent, ...

Si les personnes doivent s'adapter aux règles de l'institution, il faudrait aussi pouvoir faire le raisonnement inverse et se dire que l'institution doit pouvoir, dans une certaine mesure, s'adapter aux personnes.

Synthèse

E. NICOLAS nous a présenté son **travail de recherche anthropologique axé sur la description du public sans-abri**. Il a exposé **l'histoire d'Anaïs, une jeune dame occupant la rue**. On ressent dans le parcours d'Anaïs une **errance d'un lieu à l'autre qui ne doit rien au hasard. Elle agit en fonction de son environnement, de son histoire, de ses besoins**. Elle entretient d'ailleurs un certain **équilibre avec les autres personnes qui la côtoient en rue**, et notamment avec une commerçante du quartier. Quand elle présente des comportements inadaptés, cet équilibre se rompt et cela entraîne des tensions.

En effet, Anaïs est une **personne qui adopte des « comportements bizarres »**, tantôt insultant des mannequins dans les vitrines, tantôt se déshabillant en rue.

Elle vit dans **un état d'exclusion sociale très dur**, offrant son corps pour une bière ou une dose d'héroïne. **La vie en rue se dévoile dans toute sa violence au fil de son histoire** : toxicomanie, risque d'agression sexuelle, grossesse non-désirée et un enfant placé dès sa naissance.

De son parcours de vie, **Anaïs éclaire le quotidien des habitants de la rue**. Ceux-ci ont un mode relationnel particulier avec leur environnement : ils ont une lecture particulière de la ville, sont en errance entre différents endroits, et effectuent de nombreux changements d'identité dans ce monde urbain. Ils accumulent des « tranches de vie », symbolisées par des objets divers, voire par des doudous, tels que ceux retrouvés dans les squats sur les paillasses des consommateurs de drogue en vue de réduire leur angoisse.

Par leurs comportements bizarres, ils ne font rien de plus que de trouver une forme d'adaptation à cette vie particulière qu'est celle de la rue. Un côté « pile », dont le côté « face » est l'exclusion qui dérive de cette adaptation...

Ateliers

Atelier 1 :

«Une approche pluridisciplinaire du travail de rue : Sous quelle forme ?»

Animatrice : Noëlle DARIMONT, Coordinatrice adjointe au Relais social urbain namurois
Rapporteur : Dominique DEBELLE, Coordinateur général du Relais social urbain de La Louvière
Participants : cf. annexe 1

L'atelier a débuté par un tour de table de présentation.

1) Introduction

L'animatrice a présenté les conclusions de l'atelier de l'an dernier dédié à l'aide et à l'accompagnement des personnes précarisées, aux problématiques multiples. Les travailleurs de terrain avaient mis en évidence plusieurs éléments :

- ⇒ La **difficulté du décodage de la demande**. Si la ou les problématiques sous-jacentes ne sont pas décelées et prise(s) en charge(s), le fond du problème ne pourra pas être abordé de manière optimale. Un sentiment d'échec peut alors faire surface et engendrer le découragement de la personne ainsi qu'un sentiment d'isolement.
- ⇒ Dans le cadre des **problématiques multiples**, divers facteurs viennent se cumuler chez les usagers : difficulté d'accès aux droits sociaux, problèmes de santé mentale et de dépendance, défaut de structuration dans le temps, violence, découragement.
- ⇒ Face à cela, les professionnels rencontrent des **difficultés dans leur travail d'accompagnement**, mais aussi courent un **risque de donner une réponse partielle** par méconnaissance du parcours global de la personne.

L'animatrice évoque les pistes d'actions qui avaient été suggérées à l'époque :

- ⇒ Favoriser une **démarche proactive**, une relation de pair à pair et le respect du choix de la personne.
- ⇒ **Développer la mise en réseau** en vue d'une prise en charge globale, et définir une personne ressource qui apportera la réponse adéquate à la personne.

Par après, l'animatrice aborde les grandes lignes de la première concertation sur le travail de rue à Namur, qui a permis de dégager quelques attentes spécifiques par rapport à ce vers quoi doit tendre le travail de rue :

- ⇒ Etablir un **lien de confiance** avec les personnes sans-abri,
- ⇒ **Accompagner** ces personnes vers les services compétents,
- ⇒ Définir un **référent** pour les personnes,
- ⇒ **Faire circuler les informations** entre les professionnels.
- ⇒ Fonctionner de manière **pluridisciplinaire**, en équipes mixtes en genre et en âge (avis unanime des participants).

A partir de là, il a été demandé aux participants s'ils avaient des objections ou des remarques complémentaires.

Les éléments apportés lors de l'introduction ont été approuvés par les participants de cet atelier.

2) Brainstorming sur la représentation du travail de rue

Il a été proposé aux participants de répondre, par mots-clés, à la question suivante :

Qu'est-ce que le travail de rue, selon vous ?

Les réponses ont été regroupées en 3 thèmes avec l'accord des participants:

⇒ Les professionnels : le travail et le positionnement ;

⇒ Les caractéristiques du public ;

⇒ Le contexte.

⇒ Les professionnels : le travail en termes de savoir-faire et le positionnement en termes de savoir-être

Ce en quoi consiste le travail (en termes de savoir-faire) :

- Une présence en rue
- Un travail d'accrochage
- Un relais vers les autres services
- L'apport d'informations
- Un accompagnement
- Une écoute
- La détermination d'objectifs spécifiques
- La nécessité d'élaborer une méthodologie
- L'importance de créer du lien
- La visée d'une finalité d'insertion
- L'inscription dans une dynamique de réseau
- Un travail sur la demande et la non-demande
- Le travail sur la santé dans la rue

Ce vers quoi tendent/devraient tendre les travailleurs en termes de savoir-être dans la relation à l'utilisateur :

- La création d'un climat de convivialité
- Le fonctionnement dans l'optique d'appivoiser l'utilisateur
- L'importance de respecter autrui
- La nécessité de travailler en toute honnêteté
- La visée du non-jugement
- La considération que l'on est animé par nos valeurs/principes, notre cadre de référence
- L'instauration d'une nécessaire compréhension (relation empathique)
- La mise en place d'une démarche pro-active
- Une évolution vers une certaine adaptabilité et une flexibilité chez le travailleur
- Un rôle de soutien

⇒ Les caractéristiques du public

Les usagers sont perçus par les professionnels comme étant :

- Des personnes animées par l'instinct de survie
- Victimes d'une certaine forme de naufrage, perdus, inquiets
- Se trouvant en situation de crise
- En souffrance, s'adonnant à la boisson et aux psychotropes, et parfois violents
- En demande d'une relation de confiance
- Aussi capables de résilience
- Un public assez hétéroclite, composé de citoyens de la rue, avec parmi eux des SDF

⇒ Le contexte du travail de rue

- Inscrit dans une perspective de politique locale
- Comportant parfois des préoccupations sécuritaires

L'animatrice compare alors tous les éléments avancés par les participants, et constate qu'ils rejoignent et précisent, pour la plupart, ceux qui avaient été évoqués en introduction.

Réflexion globale des participants

Après cet exercice, il s'agissait, pour l'animatrice, de récolter les impressions « à chaud » des participants par rapport à ce qui a été dit.

Le premier élément qui est ressorti portait sur la spécificité du travail de rue.

« Mais au fait, en quoi est-il spécifique ? »

Tous les concepts évoqués dans l'exercice précédent semblent se retrouver dans d'autres approches, qui ne sont pas apparentées au travail de rue à proprement parler. Par exemple, c'est valable aussi pour des assistants sociaux de CPAS, ou encore pour des éducateurs fonctionnant dans des institutions. N'y a-t-il pas là un processus d'intellectualisation des choses ? L'expérience de cet exercice nous montre que l'on place bien des idées différentes sous la même appellation.

Pour éviter cet écueil, il convenait de tenter de définir le travail de rue au départ du travailleur social, d'essayer de dégager sa spécificité qui ne semblait pas encore prévaloir.

Il semble que l'**accrochage** soit un outil indispensable lorsque l'on veut aborder le travail de rue.

Au-delà de cet outil, il convient de considérer le public ciblé. Une distinction est établie entre le travail de rue effectué auprès des jeunes et celui réalisé avec les SDF. Nous observons qu'il existe également des appellations différentes de ce même public-cible : à titre d'exemple, Charleroi parle d'« habitants de la rue », La Louvière de « citoyens de la rue ».

Le travail de rue serait une **philosophie à part entière**.

Les professionnels estiment que le travail de rue serait davantage reconnu actuellement que par le passé.

Une autre de ses caractéristiques serait la **création de liens**, à l'instar des Restos du Cœur de Coluche. A Mons, on travaille avec les personnes qui ne savent pas maintenir les liens (mal logés, autres publics).

3) Réflexion consensuelle autour des usagers

L'animatrice évoque les constats effectués lors du Comité de Concertation du Relais Social organisé l'année passée.

Elle rappelle que le public de rue est aussi un public qui cumule les problématiques. Cela engendre des difficultés dans l'accompagnement social. Les professionnels s'étaient accordés sur le fait qu'une manière de travailler en cohérence est d'avoir une connaissance globale du parcours de l'utilisateur.

Le réseau est peut-être un moyen de garantir cette vision globale utile et un bon outil pour dégager la traçabilité du suivi.

Pour tendre vers cet idéal, deux pistes étaient suggérées à l'époque :

- Avoir une personne de référence,
- Développer une approche proactive.

Les participants marquent leur accord avec cet avis.

4) Réflexion sur les métiers du travail de rue

Si les professionnels estiment que l'action d'équipes pluridisciplinaires est importante dans l'accroche, il convenait de réfléchir ensemble sur les profils types des travailleurs de la rue.

Quels sont donc les profils de ces travailleurs ?

Quels sont les métiers qui devraient pouvoir aussi occuper le champ de la rue ?

De prime abord, les participants s'accordent sur le fait que, des professions telles **qu'assistant social, éducateur et psychologue** soient pertinentes dans ce type de travail.

L'animatrice glisse la problématique de la santé mentale dans le débat...

« *Et si l'on considère les problèmes de santé mentale quasi omniprésents, faut-il aller jusqu'à envisager **des psychiatres de rue** ?* »

Cette question est plutôt bien accueillie par l'assemblée qui précise que les sans-abri ne demandent pas spécialement d'aide. Pourtant, ils ont des besoins dans la maladie.

Il est bien utile de poser un diagnostic, de délivrer des prescriptions.

Il y a unanimité à penser que cela pourrait faciliter le travail avec le secteur de la santé mentale, car le contact avec les médecins psychiatres n'est pas évident.

Le cas des hospitalisations d'urgence est évoqué.

Des éléments méthodologiques sont avancés :

- La nécessité de les stabiliser ;
- L'utilité d'avoir un dialogue adapté avec eux ;
- L'importance de faire des relais vers les institutions hospitalières.

Une constante ressort dans ces conseils, c'est qu'il s'agit bien souvent de **travail au cas par cas**.

Des témoignages mettent en exergue l'importance du rôle **des infirmiers de rue**.

Les infirmiers de rue peuvent s'assurer du suivi du traitement. L'approche par la santé pourrait être un fil entre les acteurs. Cependant, pour travailler sur un mode interdisciplinaire, il faut pouvoir ouvrir nos esprits. Il est nécessaire de créer du réseau, mais ce n'est pas encore si évident. C'est quelque chose qui doit continuer à se mettre en place.

Un participant insiste sur le rôle important de **l'agent de quartier**, reconnu également en tant qu'intervenant, pouvant être un bon interlocuteur dans un travail de collaboration.

Deux premières conclusions émanent du groupe :

- On ne peut, avec une seule profession, répondre aux divers besoins des personnes.
- Travailler dans la rue, c'est avoir un rôle d'interface entre le public et les institutions.

Un médecin précise que s'il existe des maisons médicales, elles n'en restent pas moins des institutions vers lesquelles il peut être difficile d'aller pour notre public-cible. Il préconise dès lors d'être physiquement présent en rue et de s'adapter au contexte de vie en rue. Avec les personnes grandement précarisées, la première chose à faire serait d'établir un lien avec l'utilisateur.

Un participant signale qu'il est important d'apporter l'appui d'une équipe pluridisciplinaire qui travaille essentiellement dans cette optique. Il lui semble important d'avoir des spécialistes directement accessibles, pouvant fixer des objectifs propres à la personne.

L'animatrice interpelle l'assemblée sur la pertinence de ce point de vue en tant que concept consensuel.

Selon les participants, il est important que la personne soit inscrite dans une démarche de soins.

L'équipe des éducateurs de rue de Mons explique que, si un SDF veut décider de s'en sortir, il leur est indispensable de développer tout un dispositif, grâce à de bonnes articulations.

Un des participants pose la question des personnes étrangères et le rôle joué par **les interprètes** : Comment mettre une personne en autonomie avec la participation d'un interprète ?

Certains estiment qu'il appartient à l'éducateur de faire du lien, sur base de ses outils d'analyse communautaire et collective. L'interprète n'a pas cette spécificité.

Par ailleurs, « *si tout le monde est dans la rue, comment alors orienter ?* »

Doit-on mettre tous les métiers dans la rue ?

Un des participants estime que plus on offre de services, plus il y a d'attentes, de demandes qui émergent. Un exemple nous est cité autour du travail avec les jeunes.

« *Les jeunes ont des demandes spécifiques. On propose telle ou telle chose et ils demandent plus.* »

L'offre est alors à l'origine du problème.

Fort heureusement, « *les gens ont des capacités, et il est possible de réfléchir pour et avec eux.* »

Pour en revenir aux spécificités de certaines professions, un participant évoque celles de l'assistant social de rue : « *Accrochage des gens en rue, relais vers les institutions, disponibilité en rue pour traiter les problèmes sociaux.* »

Une troisième conclusion émane :

Globalement, les professionnels présents estiment qu'il n'y a pas trop de services dans la rue et que ce qui importe avant tout, c'est de proposer une bonne orientation.

5) Quelques éléments de méthodologie autour de la pratique du travail de rue

Les participants s'accordent sur l'importance de travailler en réseau et ce, peu importe le métier que nous avons. A la base de ce travail en réseau, il convient surtout de développer l'accroche en rue, en considérant :

- L'importance de créer un réel climat de confiance avec la personne
- Que l'approche par la santé est une bonne porte d'entrée
- L'importance de garder en mémoire le travail au cas par cas
- La nécessité de réfléchir aux limites établies dans la relation avec l'utilisateur dans le partage d'un lieu de vie commun ;

- La nécessité de ne pas travailler au feeling, mais d'aller vers une démarche professionnelle

L'animatrice demande si les professionnels disposent d'outils plus spécifiques pour le travail de rue ?

De nombreux témoignages expliquent que le cursus scolaire n'a pas appris aux éducateurs comment accrocher en rue! Leur principal outil serait donc **la créativité**.

D'autres recourent à leur savoir-être et à une certaine éthique :

« Il y a une façon de dire les choses, de marquer le respect, ...

Il faut le vouloir, on doit être prêt à faire certaines choses. »

D'autres encore soulignent l'importance des trois stratégies suivantes :

- L'écoute
- La présence physique
- La visibilité

Le débat s'oriente à nouveau spontanément sur ce qui différencie l'éducateur de l'assistant social.

Ce qui distinguerait les deux métiers :

- L'assistant social serait spécialisé en travail individuel, tandis que l'éducateur serait plus axé sur le travail collectif. Mais cette distinction ne récolte pas tous les suffrages, car il arrive que des éducateurs travaillent l'aspect individuel.
- L'assistant social serait perçu comme étant plus distant, privilégiant l'analyse de la demande et la recherche de solutions dans une démarche systémique.
- L'éducateur, quant à lui, se caractériserait par un travail dans l'ici et maintenant.
- Une formation différente axée sur des publics-cibles différents.

Ce qui serait commun :

- La prise en considération du langage verbal et non verbal
- L'importance de la bonne connaissance du réseau et son utilisation pour les deux corps de métier.

De l'importance du choix de l'usager dans ce débat

Un intervenant explique que c'est avant tout l'usager qui décide de qui l'approche. C'est bien lui qui active dans la rue le professionnel, sans spécialement attacher de l'importance à sa fonction spécifique.

Une mise en garde est faite autour du "clientélisme" de certains services, risquant de « tuer le service social ». Cela existerait à Namur et nous devrions pouvoir sortir de cette logique.

Il est plus fondamental de considérer la richesse des différentes approches existantes auprès des usagers.

6) Peut-on imaginer un travail de rue idéal ?

L'animatrice interpelle l'assemblée à propos de la notion de travail de rue idéal pour aider au mieux l'utilisateur.

6.1. En termes de méthodologie

Un participant soulève un paradoxe autour de cette question et estime qu'on ne peut pas parler de travail idéal en rue dans la mesure où il n'est pas idéal d'y vivre.

D'autres pensent que la pluridisciplinarité apporte une plus-value certaine, pour autant que l'on parvienne à trouver le fil (les liens) entre les associations et que nous parvenions à dépasser les cloisonnements.

Un autre avantage consiste à augmenter les chances de proposer une action plus riche entre les institutions.

Il faut développer une démarche proactive à l'instar du Relais santé, car cette approche a du sens avec les précarisés. L'infirmier peut aussi contribuer à réconcilier l'utilisateur avec le travailleur social.

Le projet Salamandre et le Relais santé proposent un accompagnement physique intensif, mais les équipes sont restreintes, faute de moyens. Certains professionnels le déplorent et se demandent s'il n'est pas possible de mutualiser les forces pour y remédier ?

Une philosophie essentielle du travail de rue réside dans sa vocation de créer du lien dans une relation équilibrée, de pair à pair. En effet, les intervenants se rendent sur le lieu de vie des personnes et assurent un relais, en gardant en mémoire que **l'utilisateur doit rester acteur dans le processus**.

Cette action doit absolument respecter la temporalité de l'utilisateur, et le travail de rue évolue en ce sens.

« En rue, il n'y a pas de temps. »

Ce temps est utile pour déterminer les objectifs spécifiques avec la personne, pour instaurer un bon dialogue.

L'animatrice cite une conclusion issue d'un atelier dédié à l'accompagnement social : « L'accompagnement, c'est une valse à 1 000 temps ». On comprendra par là qu'il n'y a pas qu'une seule façon d'accompagner, mais bien une multitude, dans des approches singulières (et donc dans le respect du cas par cas).

6.2. En considérant l'incidence de l'environnement

Un acteur de terrain évoque l'impact de la centralisation d'un service du CPAS qui a coupé le CPAS de la proximité des sans-abri.

Non seulement il est éloigné du centre-ville de Namur, lieu où se trouvent les personnes sans-abri, et il faut considérer l'incidence de la situation géographique du service.

Mais il est utile également de considérer la structure du bâtiment du CPAS situés à Jambes. Celui-ci est hyper sécurisé et « aseptisé », ce qui peut engendrer un sentiment de rejet de la

part de l'usager, se sentant comme potentiellement dangereux pour l'institution. Cela ne dégage pas beaucoup de chaleur humaine. Il est donc crucial de créer un lieu d'accueil chaleureux pour que l'usager ne se sente pas en décalage.

7) Conclusion :

La question de travail de cet atelier était : "Le travail d'accroche en rue comme levier à l'insertion : quels outils ?"

Afin de comprendre les outils mis en place ou ceux qu'il serait nécessaire de développer, il paraît pertinent de les mettre en parallèle avec les besoins et les caractéristiques du public que l'on rencontre en rue.

Caractéristiques du public et besoins	outils
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les personnes en rue ont besoin que la confiance puisse s'établir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le travailleur social doit veiller à établir un climat de confiance. Comment ? <ul style="list-style-type: none"> ⇒ <u>en prenant le temps</u>, et en respectant le rythme de l'usager ⇒ en créant une <u>relation de pair à pair</u> ⇒ en ayant une approche basée sur le <u>non-jugement</u> ⇒ en étant <u>honnête</u> (par exemple sur les bénéfices et les risques d'un choix proposé), et <u>respectueux du choix</u> de la personne ⇒ en étant à <u>l'écoute</u> ⇒ en faisant preuve de <u>flexibilité</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ public hétéroclite aux problématiques multiples 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonctionner avec des équipes pluridisciplinaires permet d'étendre le champ d'action des réponses que l'on peut apporter au public, et des ponts que l'on peut créer avec le réseau d'institutions. Il faut également que les professionnels agissent au cas par cas et fassent preuve de créativité.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les personnes en rue sont en souffrance psychique, en crise. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bien que l'écoute soit déjà un outil crucial, la nécessité que le secteur de la santé mentale soit aussi représenté dans la rue est souligné.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ce public n'est parfois plus en état de formuler une demande 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ susciter une demande par la création d'une accroche, par une démarche proactive, par une présence physique.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ C'est aussi un public capable de résilience 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'usager doit rester acteur dans le processus. Cela lui permet d'activer ses compétences.

Ainsi, on constate qu'aux besoins décelés correspond toute une série d'outils cohérents qui pour certains sont déjà en œuvre et qui, pour d'autres, nécessiteraient d'être développés.

Au-delà de ces outils, le **travail en réseau** doit aussi être au cœur de la prise en charge. Pour que ce travail en réseau puisse s'envisager, il faut :

- Créer des **liens entre les services** et dépasser les cloisonnements ;
- Considérer la **richesse des différentes approches** plutôt que d'en favoriser une seule ;

- **Mutualiser les forces ;**
- Une **coordination du travail en réseau**

Faut-il pour autant mettre tous les métiers dans la rue ? Bien que les avis divergent, il semble que certains métiers soient un intermédiaire intéressant dans la rue :

→ Les assistants sociaux et éducateurs pour le travail social en général ;

→ Les psychologues, voire psychiatres, pour permettre aux personnes de se stabiliser et entamer un processus de réinsertion. Ils offrent par ailleurs l'avantage de créer des ponts avec le secteur de la santé mentale ;

→ Les infirmiers, voire les médecins, car l'approche par la santé semble une bonne porte d'entrée avec ce public. Par ailleurs, ces professionnels sont des interlocuteurs crédibles vis-à-vis du secteur hospitalier.

Le risque, dans cette configuration, c'est que les personnes ne soient plus motivées à aller vers les institutions. Un moyen d'éviter cet écueil serait de garder à l'esprit **que l'utilisateur doit rester acteur** dans le processus.

Atelier 2 : Le travail d'accroche en rue comme levier d'insertion : quels outils ?

Animatrice : Virginie OLIVIER, Coordinatrice générale du Relais social urbain namurois

Rapporteurs : ▪ Arnaud GERARD, responsable du secteur « Citoyenneté », au Groupement d'Action Basse-Sambre
▪ Dominique VITRY, Coordinatrice adjointe du Relais social urbain de La Louvière

Participants : cf. annexe 2

1) Introduction :

L'animatrice de l'atelier propose de travailler comme suit :

- faire un tour de présentation des participants et de leur intérêt pour le sujet ;
- définir l'insertion ;
- identifier ce qui fait obstacle et ce qui facilite l'insertion ;
- investiguer les jalons d'une insertion au départ de la rue ;
- échanger des expériences d'insertion avec un public fragilisé.

Parmi les attentes des participants, on retrouve notamment : la découverte du sujet ; l'apprentissage de nouvelles choses ; le développement du travail d'accroche dans son institution, son environnement proche ; l'échange de pratiques ; la connaissance du public et quelle approche pour le toucher ; l'envie de faire quelque chose pour que ces personnes accrochent aux services (maisons d'accueil,...) ; une réflexion sur comment créer des liens avec une personne en décrochage qui refuse l'hébergement.

2) Echanges sur la définition du mot « insertion » :

Comme souvent, le terme « insertion » peut recouvrir une série de définitions que les travailleurs peuvent lui attribuer, en fonction de leur réalité de terrain. Aussi, il semblait essentiel d'échanger à ce sujet, afin de voir de quelles manières ces définitions se différencient ou se rejoignent.

Ainsi, l'insertion est définie par les participants comme...

- Le **maintien du lien**, qui nécessite parfois la **création du lien**. Ce lien, c'est le **lien social**, le lien entre les gens et autour des gens
- Les **liens** et les **solidarités** qui existent entre les gens de la rue
- La **débrouille**

▪ Le **rapport aux lois, aux décrets** qui organisent et définissent l'insertion en la couplant souvent à un adjectif : « **insertion sociale** », « **insertion socio-professionnelle** ». Si l'on se détache de ces adjectifs, la loi parle d'insertion comme de l'accès à une vie conforme à la dignité humaine, mais qu'est-ce qu' « une vie conforme à la dignité humaine » ? Il s'agit souvent d'une **référence à nos critères à nous** ! Comment assurer aux personnes à la rue « une vie conforme à la dignité humaine » ? Cela pose d'autres questions : peut-on obliger ou conditionner l'aide ?

Et poser les premiers jalons de l'insertion d'une personne au départ de la rue, c'est ...

***L'obliger à s'insérer ? via contraintes (obligation de démarcher, obligation de se sevrer)
Restaurer la confiance***

Les acteurs sont convaincus que l'accent est à mettre sur le **travail de réseau**, de manière à créer du lien aussi avec les différents services sociaux, qui sont parfois plusieurs à suivre une même personne sans le savoir ! C'est important d'échanger entre professionnels, car les personnes très exclues remettent en question les pratiques et les valeurs des travailleurs sociaux.

Accrocher, passer du temps avec la personne (en amont de l'insertion), rester accessible et restaurer la confiance

Le travail de rue, c'est créer du lien et maintenir le lien aussi : il est donc important de dire « bonjour », d'être là, d'accrocher, ... En rapport avec les liens à développer, les participants pensent qu'il faut avant tout diminuer le sentiment de solitude ou d'être perdu en passant du temps et en étant à l'écoute, disponible, présent en amont d'un processus d'insertion.

Permettre aux gens d'exister

On préconise qu'il faut donner à ces personnes une existence, une visibilité, un statut social. Ce statut, donné surtout par le lien, va peut-être leur redonner l'envie de se prendre en main. On constate effectivement que les plus démunis recherchent d'autres démunis pour avoir le sentiment d'appartenir à une communauté, qui s'oppose à la société de l'isolement qui est la nôtre. La rencontre avec les autres ayant donc aussi toute son importance, l'idée de susciter l'intérêt et ainsi d'accrocher les personnes via des ateliers ludiques (théâtre, cuisine, djembé) semble partagée. On veut les amener vers une relation libre par laquelle les personnes peuvent reprendre confiance en elle et aller vers autre chose.

Tenir compte de la singularité de la personne

Le constat est qu'il y a **différents niveaux d'exclusion** et donc, en fonction du public, il faut se fixer des **objectifs d'insertion différents**.

Il faut aussi nuancer la notion d'isolement. Certaines personnes en situation de grande précarité font parfois partie d'un groupe de personnes qui partagent le même genre de problèmes et qui forment une micro-société où tout le monde se connaît et où l'on est quelqu'un. Il s'agit alors parfois de travailler sur ce sentiment d'appartenance pour les faire avancer vers autre chose.

Résoudre un certain nombre de problèmes (financiers...), sortir de l'urgence, de la survie afin de définir un projet

▪ Aller vers un projet, c'est d'abord résoudre certaines difficultés, il est donc nécessaire d'avoir un soutien pour aller vers la définition d'un projet.
▪ Pour s'insérer, il faudrait sortir de l'urgence et pouvoir assurer ses besoins primaires (logement, nourriture,...). Cela permettrait de se projeter dans un avenir à moyen terme pour entrer dans une dynamique d'éducation permanente. Ce constat est cependant nuancé car, parfois,

c'est l'inscription dans un projet qui structure petit à petit la dynamique d'éducation permanente.

Garder une porte ouverte ou plutôt une série de portes ouvertes

En inventer de nouvelles, plus adéquates, si elles ne correspondent pas aux personnes

Et si aucune porte ne correspond à la personne ? Si la personne est en marge, il est essentiel de se questionner sur les portes que l'on met à disposition (exemple : proposer l'insertion professionnelle à quelqu'un qui veut se rendre utile). Nos structures sont-elles adaptées aux personnes qui sont visées ? Les personnes qui ont une addiction iront-elles en abri de nuit si elles doivent se passer de produit entre 21h et 7h le lendemain ? C'est pourtant une condition d'accès alors que les personnes ne sont pas toujours physiquement capables d'y arriver. Le point commun à tous les processus d'insertion est qu'il faut garder la porte ouverte pour que les personnes puissent la franchir. « Il faut de plus s'assurer que la personne sache ce qu'on lui propose, c'est notre mission en tant que professionnels ».

Certaines personnes n'ont pas de réponse classique par rapport à leurs questions. Il y a peut-être d'autres solutions à créer, ouvrir de nouvelles portes pour que les personnes puissent trouver ce qui leur convient.

On remarque que pas à pas, il y a des avancées dans le domaine de l'insertion. La notion d'insertion sociale a été difficile à imposer car c'était un concept novateur : permettre aux personnes de vivre en société dignement sans avoir comme but de revenir vers l'emploi.

3) Leviers et freins à l'insertion :

LEVIERS	FREINS
<p style="text-align: center;">Au niveau des bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre ensemble, avec d'autres : dynamique collective positive ▪ Avoir vent d'une information, d'un service par le bouche à oreille ▪ La santé et l'hygiène sont de bonnes portes d'entrée pour l'insertion : s'occuper de soi, de son corps, aller voir un médecin <p style="text-align: center;">Au niveau des intervenants sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se montrer disponible, prendre le temps, écouter, le temps pouvant être considéré 	<p style="text-align: center;">Au niveau des bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre ensemble : cela peut faire peur ou entraîner une dynamique négative (mauvaise influence) ▪ Le bouche à oreilles, car il peut parfois créer une méfiance durable des usagers qui peut ne pas être justifiée ▪ Le surendettement ▪ Le passé judiciaire ▪ Avoir beaucoup de problèmes à gérer ▪ L'état dépressif de la personne, car alors comment donner le goût, l'appétence ? ▪ Les assuétudes dont souffrent les personnes <p style="text-align: center;">Au niveau des intervenants sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manque de temps que les professionnels

<p>comme un véritable outil de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Considérer les bénéficiaires comme des personnes et partir de leur demande ▪ Donner du sens à l'insertion pour les personnes, de manière à ce que les personnes sachent où elles vont et pourquoi ▪ Accompagner physiquement les personnes dans les institutions dans leurs démarches, à l'hôpital, ... faire le lien entre les intervenants ▪ Pouvoir bénéficier d'une formation pour fournir aux intervenants des outils pour rendre les personnes actrices, responsables de leur vie, ce qui doit être l'objectif des professionnels ▪ Eviter les grands mots qui catégorisent, et éviter de dramatiser 	<p>peuvent consacrer aux usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manque de connaissance que les professionnels ont du réseau ▪ Les paroles blessantes des intervenants qui fragilisent l'image que les gens ont d'eux-mêmes <p style="text-align: center;">Au niveau de la société :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le prix des logements <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le fait que très tôt, les structures mises en place dans la société ne touchent plus tout le monde. Certains quittent l'école déjà en primaire, ce qui est déjà une exclusion précoce. ▪ Dans le même esprit : le regard des gens, les étiquettes, la stigmatisation et la discrimination dont font l'objet les parents et les enfants, dès l'école, par exemple par leur appartenance à un quartier, à une école, dont découle une certaine catégorisation dont ils peuvent difficilement sortir ▪ Le modèle de société répressif que l'on propose peut être un frein ▪ La tendance à l'augmentation des conditions d'accès aux « portes » de l'insertion, qui rend leur accès difficile ▪ La pression à l'insertion professionnelle sans que cela ait du sens pour la personne dans sa situation ▪ Les critères d'évaluation de l'insertion, qui ne sont pas toujours fixés en fonction de la situation propre à la personne ▪ Les questions liées à la scolarité : le traumatisme des parents par rapport à leur propre vécu du milieu scolaire ; les difficultés
---	--

<p>Au deux niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le respect de la personne par le professionnel donne l'impression à celle-ci d'exister, mais il doit bien sûr être mutuel. ▪ Programmer des objectifs raisonnables : ne pas faire des projets à trop long terme, se fixer des objectifs réalistes, qui une fois réalisés seront encourageants pour poursuivre le parcours d'insertion 	<p>pour les parents à suivre la scolarité de leur(s) enfant(s) et une pédagogie scolaire qui n'est pas toujours adaptée à l'ensemble des enfants</p>
--	--

4) Pistes pour travailler l'insertion :

On se pose ensuite la question de savoir s'il y a des **bases communes** à l'insertion et si on peut en faire découler des dispositifs d'actions à développer pour y arriver. Après discussion au sein de l'atelier, il nous semble que les pistes ne doivent pas être catégorisées par public-cible, elles sont transversales.

On se demande si la définition ne dépendrait pas en partie de la **durée de la précarité**. Est-ce que les problématiques sont différentes avec les personnes qui sont ponctuellement précarisées (accidents de la vie), précarisées depuis un moment ou dans un état de précarité à long terme (adaptation à leur situation) ?

Pour les personnes qui ont des accidents de parcours et passent en maison d'accueil, ce n'est pas la même chose si elles sont **jeunes** (18-25 ans) ou si elles sont plus **âgées**. Les premiers ont une rupture dans une continuité et pourront donc plus facilement se reconstruire pour prendre un nouveau départ alors que les plus jeunes ont tout à construire et auront souvent plusieurs épisodes en maison d'accueil pour se reconstruire.

Pour les personnes qui sont en précarité à moyen terme, il faut faire attention aux **40-60 ans** qui ont vu tout s'effondrer autour d'eux et ne font plus confiance à rien, le processus de reconstruction est lent chez ces personnes.

Pour les personnes qui sont en précarité sur une **période longue**, il faut trouver des **solutions créatives** (nouvelles formes,...) mais le processus d'insertion est lent et long.

Il faut aussi prendre en compte des situations où la **précarité est héréditaire** et participe au **sentiment d'appartenance** des personnes. Certains jeunes se maintiennent dans la précarité soit par crainte de perdre leur réseau social, son appartenance, soit par risque d'exclusion du groupe s'ils adoptent des habitudes de vie différentes. On retrouve ainsi des générations de chômeurs / allocataires sociaux. C'est une difficulté supplémentaire.

On s'interroge aussi sur la conception de notre société qui magnifie **l'emploi** alors qu'il n'y en a pas pour tout le monde. On pense nécessaire de **dépasser ce mode de pensée et d'aller vers l'insertion sociale**. Il faut remettre l'utilité au centre de la société plutôt que le travail car les gens ont des choses à apporter même s'ils ne peuvent être rémunérés.

Il faut redéfinir les rapports entre les gens pour aller vers **plus d'humanité dans notre société**. En parallèle, on s'interroge sur la façon d'éduquer les enfants dans ce monde là. Comment

être parent ? Comment l'école peut trouver un nouveau rôle en dehors d'une formation pour trouver du travail ?

Pour remettre en place un parcours d'insertion, il faut **aller chercher les personnes** et les reconnaître comme des personnes, les faire redevenir des acteurs. Il faut oser faire le pas, aller vers les gens là où ils sont, progressivement créer une relation qui permettra peut-être d'entamer un processus d'insertion. « *Pourquoi finalement est-ce atypique d'oser aller vers les personnes alors que nous leur demandons d'aller vers nous, travailleurs sociaux ?* »

La **démarche collective** peut être intéressante car il y a alors une prise de conscience des personnes qu'elles ne sont pas les seules dans cette situation. De plus, cela crée des solidarités nouvelles et aide les gens à voir quelles sont leurs possibilités et ce qu'il faut travailler. En outre, on peut par ce biais valoriser les compétences qui sont déjà présentes chez les personnes.

Cependant, **chez les plus démunis**, il n'y a plus toujours de communication. Il faut **d'abord entrer en relation puis les ramener vers le collectif**. La formation par les pairs est intéressante car elle montre la force qu'ils ont entre eux. De plus, elle pose une approche différente de celle réalisée par des professionnels. C'est cette perspective que s'est créée la cafétéria sociale « Amon nos hôtes » à Liège.

Aussi, pour le reste des solutions évoquées, se retrouvent certains points déjà évoqués dans la partie du débat relative aux jalons à l'insertion. Ainsi, les prémisses de l'insertion semblent parfois se confondre avec les pistes de travail.

- Proposer un passage en maison d'accueil
- Remettre au centre l'utilité de la personne (et non le travail)
- Instaurer une démarche collective, de partage
- Recréer de la solidarité
- S'adapter à chaque personne, dans la relation singulière (phase préalable)
- Réapprendre la confiance
- Régler les différentes difficultés
- Avoir une démarche pro-active
- Eduquer par les pairs
- Valoriser les compétences
- Partir de là où est la personne
- Lui tendre la main pour qu'elle devienne « actrice » de sa vie
- Ré-humaniser
- Oser faire le pas (faire en sorte que les personnes passent la porte)
- Trouver des solutions créatives (ferme,...)

Les solutions doivent s'enchaîner, s'emboîter et ne peuvent correspondre à une seule catégorie de personnes.

5) Echanges d'expériences

L'atelier aborde en guise de conclusion les différentes expériences menées par les participants concernant l'insertion sociale.

▪ « Osons faire le pas » (CIEP Alpha Namur)

« Osons faire le pas », projet porté par le CIEP (Centre d'information et d'Education Populaire), a pour objectif de réaliser une formation en alphabétisation au sein des locaux de Saint Vincent de Paul.

Deux fois par semaine, le travail d'accroche débouche sur une formation pour faciliter la compréhension des courriers administratifs, mieux communiquer, ...

Cette « préformation » a été une véritable accroche pour les bénéficiaires car 3/5 des personnes sont venues en formation « classique » de Lire et écrire par après. Cette initiative s'est étendue aux Restos du cœur et à « Li Ptite Buwèye » avec pour objectif de ramener les personnes vers leur environnement (quartier, ville, ...) et d'ainsi créer du lien, d'effectuer un travail citoyen.

Ce projet ne s'inscrit pas dans une logique de formation à proprement parler car les personnes ont d'autres problèmes à régler. On travaille autour des difficultés des personnes en français (ex : avec une carte postale, ...) pour les amener vers une formation plus classique.

L'objectif est de faire connaître l'initiative pour que les personnes sachent qu'elle existe et peut les aider dans leurs difficultés, qu'elles sachent que la porte est ouverte.

Un autre projet de Lire et écrire concernait l'école Sainte Ursule où ils avaient été interpellés par des enseignants qui étaient dans une démarche pour mieux communiquer avec les parents qui ne maîtrisent pas le français. On y a développé un projet où les parents (les mamans) viennent suivre dans l'école des cours de français en rapport avec la vie de l'école. Elles participent d'ailleurs activement à la vie de l'école (préparation fancy-fair, ...).

▪ Service d'insertion sociale (CPAS de Namur)

Le CPAS de Namur s'est également lancé dans des ateliers d'insertion sociale pour maintenir un lien avec les usagers dans la perspective de les ramener un jour vers l'insertion socioprofessionnelle. Le public est précisément un public éloigné de l'emploi, connu du CPAS (revenu d'intégration, chômage, mutuelle).

Le programme vise aussi à lutter contre la solitude ce qui est paradoxal car la responsable du projet se rend compte que les personnes se connaissent toutes. La participation est libre et chacun a sa place dans le groupe (on s'appelle par les prénoms, ...). Les activités sont choisies par le groupe sur proposition de la responsable. Elle avance avec les gens, leurs envies, leur investissement (quand ils se renseignent sur les activités possibles,...). La méthode favorise les compétences et le potentiel de chacun.

Au travers d'activités ludiques, le projet vise à ramener les personnes vers une prise en charge d'elles-mêmes (ex : faire du vélo pour aborder la prise en charge de la santé).

▪ « Bébébus » (Groupement d'Action Basse-Sambre)

Bébébus est une expérience unique en Belgique de milieu d'accueil pour les tout petits avec deux puéricultrices itinérantes et une camionnette transportant tout le matériel ludique et d'apprentissage pour les tout petits. Une crèche s'installe ainsi chaque jour de la semaine dans une commune différente.

L'objectif est que les mamans puissent se séparer en douceur de leurs enfants, que ceux-ci se socialisent avant l'école et que les mamans reprennent confiance en elles et puissent profiter du temps libéré pour prendre un autre départ.

Cette expérience a débouché sur des actions diversifiées de soutien à la parentalité qu'on n'attendrait pas forcément d'une crèche a priori : accueil d'un enfant handicapé mental, création d'un groupe de théâtre parmi les mamans qui a abouti à une pièce de théâtre sur leur réalité de mères : « Les mères veilleuses ».

6) Conclusion :

S'il fallait résumer en quelques mots ces échanges autour de l'insertion, il semble important aux yeux des participants **d'extraire de cette notion d'insertion la dimension de travail pour la remplacer par celle d'utilité sociale**. Ce **sentiment d'utilité est essentiel** et peut être **suscité par une série d'initiatives qui valorisent les compétences de la personne**, et dont certaines ont pu être exposées dans cet atelier.

La créativité est de mise afin de développer une série de possibilités qui sont autant de portes ouvertes vers l'insertion des personnes précarisées. Il y a lieu bien souvent d'aider les personnes à franchir ces portes, dans une démarche proactive : il est **important que les travailleurs psycho-médico-sociaux puissent « aller vers » les plus démunis**, car la perte de confiance en tout les décourage bien souvent à **démarcher eux-mêmes**. **En cela**, la création du lien social est à coupler avec ce concept d'utilité. Cela commence par la confiance à restaurer via une **écoute et une posture d'accessibilité** des travailleurs psycho-médico-sociaux (or parfois le temps manque pour ce travail primordial). **C'est aussi au travers d'activités ou de lieux communautaires que cela peut se développer**.

Cependant, avant d'entamer tout processus d'insertion à l'aide de ces deux outils - concepts d'utilité et de lien social-, il est essentiel soit en amont, soit pendant le processus lui-même, de **permettre à la personne de sortir de ce qui la préoccupe le plus et l'empêche d'avancer**. Enfin, ce travail ne serait pas à envisager selon un schéma tout fait, mais selon un schéma **adapté à la singularité de la personne**.

Atelier 3 : « Le travail de rue et le réseau »

Animatrice : Jenny FAVIER, Chargée de projets au Relais social urbain namurois
Rapporteur : Marie-Christine HANNEQUART, L'Entrain
Participants : cf. annexe 3

L'atelier a débuté par un tour de table de présentation.

L'objectif de cet atelier était de collecter des informations sur la manière de travailler en réseau au départ de la rue. Le point de départ de l'atelier était la définition du travail en réseau unanimement avalisée par les participants de l'atelier sur ce thème lors de notre journée d'échange en 2008. Il s'agissait ensuite de recenser les pratiques existantes en termes de travail en réseau ainsi que ses enjeux et de partager les bonnes pratiques, notamment en débattant sur les concertations, le partage des informations et le système de référent.

1. Le travail en réseau : définition

Les participants ont été invités à préciser la définition du travail en réseau en fonction de la thématique du jour : le travail en réseau à partir de la rue :

Définir le travail en réseau, pas si simple !

La définition proposée aux participants a été la suivante : « *Travailler en réseau, c'est mettre en commun des compétences dans le but de poursuivre un objectif commun en installant une relation transversale entre les professionnels dans une perspective de globaliser leur action. La transmission d'informations d'un intervenant à l'autre doit se limiter à ce qui est strictement utile et nécessaire pour le suivi de la personne.* »

La première question posée aux participants a dès lors été : « En quoi le travail en réseau diffère-t-il lorsqu'il s'agit de partir de la rue ? »

De prime abord, **quelques imprécisions ou manques dans la définition ont été relevés :**

- Le terme « globaliser » semble trop vague et trop abstrait pour les participants, surtout lorsqu'on parle de la rue. Il y aurait en effet **plusieurs manières de travailler en réseau : une forme plus logistique** (Ex. Créer une base de données informatique) **et une forme plus concrète** (mettre les acteurs de terrain autour de la table). Cet **aspect protéiforme du travail en réseau n'apparaît pas dans la définition proposée**. Au lieu de « globaliser », il semblerait que le terme « **mutualiser** » soit plus pertinent.
- Si la coordination des services, projets ou institutions **permet d'éviter les doublons et de compléter ce qui existe**, cette notion ne semble pas applicable à la rue.
- L'absence de l'usager dans la définition interpelle également les participants. Où est l'intérêt de la personne ? **C'est l'usager qui doit être au centre du travail en réseau.**
- Une **distinction est faite entre le travail en partenariat et le travail en réseau** : Le travail en réseau via la rencontre entre services constitue un lieu et un moment de

reconnaissance du travail de chacun y compris pour les travailleurs de rue. Le travail en réseau doit être compris comme une structuration aidante et apprenante. Les réseaux sont co-construits et évolutifs. Une différence est pointée par des participants entre le travail en partenariat et le travail en réseau. A la différence du premier, le travail en réseau implique une dynamique sur le long terme et une co-construction des actions. Il s'agit d'un outil à destination des professionnels.

Cinq balises du travail en réseau

S'il n'a pas été possible de formuler une définition complète du travail en réseau à partir de la rue, les participants ont cependant mis en avant des **éléments indispensables à celui-ci** :

- **Action centrée sur l'utilisateur**
- **« Structuration aidante et apprenante »**
- **Processus co-construit et évolutif**
- **Dynamique de long terme**
- **Outil à destination des professionnels**

2. Le travail en réseau : cas concrets

2.1 Les expériences selon les villes

Chaque ville a sa particularité ce qui demande de tenir compte des contraintes et du champ social existant. Il n'y aurait **pas de recette miracle pour faire du travail en réseau**. Un intervenant souligne que **le travail en réseau est aujourd'hui reconnu par un décret**.

A Liège, le Relais social subventionne des projets avec des partenaires qui veulent travailler ensemble car ils ont un objectif commun. Chaque projet est géré par un coordinateur. **Il s'agit de mettre sur la table les compétences de chacun et d'identifier les manques**. Le travail en réseau est alors un moyen de se rendre visible aux autres professionnels.

Ce type de **travail en réseau implique donc de rendre visible ce qui marche et ce qui fonctionne moins bien**.

On ne parle donc pas de « globaliser l'action » mais au contraire d'**accepter la culture d'entreprise de chacun sans la gommer**. Il faut **viser la complémentarité, pas la concurrence**. Les chevauchements intempestifs de pratiques sont également à éviter.

Le Relais social souhaite mettre en place des agents référents (ou agent de liaison) temporaires. Ce travail pourrait éventuellement être réalisé par un service de deuxième ligne. **Ils ont essayé d'établir une méthodologie ou une procédure d'intervention, mais ont oublié d'intégrer que les personnes de terrain doivent avoir l'aval de leur hiérarchie**, ce qui mettait en échec la procédure d'intervention.

A Charleroi, **une Plateforme de Coordination** permet de faire le lien entre les services existants et les travailleurs de rue. **On y parle de situations cliniques au départ de ce que les travailleurs sociaux amènent**.

A Namur, une **maison d'accueil invite les services utiles autour de la table lors d'une réunion avec l'utilisateur**.

La Ville de Namur commence à utiliser les techniques de la Clinique de la Concertation pour des usagers. Le réseau personnel de la personne est invité au même titre que le réseau professionnel. Cette technique demande à être maîtrisée pour arriver à des résultats. **Il s'agit de mettre** tous les professionnels autour de la table et de faire *comme si* l'utilisateur était présent.

A La Louvière, un **nouveau dispositif a vu le jour pour permettre de renforcer l'accueil des personnes sans-abri et de permettre une continuité avec les travailleurs de rue**. Il s'agit d'un service d'accueil de jour.

2.2 Les outils facilitant le travail en réseau au départ de la rue

- Permettre aux professionnels de **réaliser des immersions réciproques dans d'autres services**. Cela permet d'améliorer la connaissance des uns et des autres et de mieux cerner les limites des champs d'action des services partenaires.
- **Créer de nouveaux** projets lorsqu'un « trou dans le filet » est détecté. Tel est le cas du projet « 109 » à La Louvière qui assure l'accueil des personnes sans-abri les week-ends. Il est en continuité directe avec le travail en rue.
- **Réaliser des réunions d'équipes entre services**. Cela permet également de relayer l'information et de permettre le suivi d'un travail.
- **Organiser une réunion avec l'usager et d'autres services** pouvant apporter une aide complémentaire.
- **Avoir des relations privilégiées entre intervenants** : entre institutions mais aussi entre professionnels (dire à un usager qu'il va aller chez « Nadine » au lieu de l'envoyer chez une Assistante sociale) ; Cela permet de casser l'anonymat et de favoriser une relation de confiance.
- **Avoir un pilote**, un dynamiseur qui initie et coordonne le réseau.
- La créativité de services : **sortir des sentiers battus**.

2.3 Les freins et enjeux du travail en réseau

Se fixer des objectifs communs :

Un professionnel travaillant en maison d'accueil met sur la table la difficulté de se fixer des objectifs communs. Chaque service a en effet des pratiques bien ancrées et, face à la multiplication des services, doit **se soumettre à des objectifs partagés**. Comment dès lors fixer ensemble des objectifs communs pour et autour de la personne ?

Partir de la personne :

L'institution ne doit pas définir des objectifs avec d'autres institutions mais bien à partir de la personne. **Le réseau doit se construire au départ de la personne et avec elle**. Une difficulté est cependant pointée: celle de transmettre les informations. Ce qui est certain, c'est que chacun a des compétences et qu'il faut respecter le travail et la spécificité de chaque service.

La notion de territoire auquel sont attachés les professionnels au niveau de leurs actions est pointée comme un frein au travail en réseau et à la mise en place d'un suivi de prise en charge.

Nouer une relation privilégiée avec la personne et avec les autres professionnels :

Outre une relation privilégiée entre les professionnels, il **faut un engagement institutionnel de part et d'autre pour une bonne articulation** et un réel travail de continuité.

Un aller-retour clair entre l'institution-mère du travailleur et le réseau :

Il est nécessaire que **chaque travailleur détaché de son institution-mère** pour contribuer au réseau, relaye bien les informations dans son lieu d'appartenance et **puisse bénéficier d'un mandat clair lui permettant de prendre des décisions**.

Les difficultés suivantes (ici, synonymes d'enjeux) sont également soulevées :

- **Dépasser les bonnes intentions** en mettant sur la table des situations concrètes ;
- Prendre des engagements et **tenir compte des éventuelles options politiques** de son employeur (question du **mandat caché de certains travailleurs sociaux**) ;
- Arriver à **définir des objectifs communs entre services pour l'usager** ;
- **Accepter les différences et spécificités** de chacun ;
- Respecter le **cadre de références** de chaque professionnel ;
- Partager les responsabilités ;
- **Assurer un suivi effectif du travail après l'urgence**. Mais qui ? Une comparaison est faite avec le domaine de la santé. Le médecin traitant est l'agent de suivi qui oriente vers un spécialiste et transmet les informations nécessaires ;
- **Allier présence en concertation et actions concrètes** sur le terrain ;
- Respecter les compétences de chacun ;
- **Partager des informations** entre professionnels ;
- **S'intégrer dans un paysage institutionnel** qui ne cesse de changer alors que ses pratiques sont bien ancrées et adaptées au public.
- **Informé l'usager** de ce à quoi il a droit et des lieux où il peut se rendre.

2.4 Les manques dans le réseau

Un seul manque est détecté par certains participants, bien qu'il ne fasse pas l'unanimité. Il s'agit de **l'absence d'une personne qui s'occupe du suivi de la personne** (tel qu'un médecin traitant dans le secteur médical).

3. Des « concertations » autour de la personne : oui, mais pourquoi et comment ?

La concertation, un outil de transparence et de (re)connaissance du travail accompli:

Les concertations permettent de **reconnaître les professionnels et de mettre un visage derrière un nom**.

Un équilibre entre temps dédié aux concertations et temps dédié au travail sur le terrain:

Par contre, il peut vite devenir dévoreur de temps et empiéter sur les actions de terrain. Un participant attire l'attention que dans son institution, on lui demande aussi de prendre en charge les personnes qui viennent d'un autre service. Le travail en réseau ne peut donc être bénéfique uniquement si les professionnels sont dégagés d'autres tâches pour y consacrer un peu de leur temps.

Partir des besoins de la personne :

De manière générale, les participants s'accordent à dire qu'il faut partir des besoins de la personne. Une difficulté est cependant pointée : **la personne sait-elle toujours de quoi elle a besoin ?**

Si certains préfèrent travailler individuellement le lien avec l'usager tandis que d'autres préfèrent directement mettre en place une concertation avec d'autres professionnels, **c'est le lien et le contact entre les professionnels et la personne qui semble primer**. Ce contact se fait généralement à la demande de l'usager et au cas par cas, selon la situation.

Mais si les concertations sont utiles lorsqu'elles débouchent sur une prise en charge effective, sur une action précise, elles peuvent être une perte de temps dans le cas contraire. Il semblerait **nécessaire de trouver un juste milieu entre la nécessité de se concerter et l'importance d'être sur le terrain**.

Quant à l'éventuelle présence de la personne lors de la concertation entre professionnels la concernant, **les avis divergent**. Il semblerait que cela se fasse au cas par cas, selon la demande de la personne, selon sa personnalité, etc.

4. Un référent : Pourquoi, comment ?

Respect du choix de la personne :

Le référent doit être désigné par l'utilisateur lui-même en fonction de ses affinités. Imposer un professionnel à l'utilisateur ne serait effectivement pas une **approche bienveillante**.

Les concertations et le système de référent permettent une continuité de la prise en charge et une bonne orientation de l'utilisateur. Il est souligné **l'importance pour la personne d'aller là où elle le veut et qu'elle puisse déposer ce qu'elle souhaite dans les différents services qu'elle rencontre**.

Formalisation et systématisme d'une personne en particulier ?

Les participants ne sont pas tous unanimes sur l'utilité d'un référent. Cependant, **dans la pratique, force est de constater que parmi l'ensemble des travailleurs travaillant autour d'un usager, il y en a toujours un qui est plus proche encore de la personne et donc davantage au courant de sa situation**. Ce dernier joue donc sans le savoir un rôle de référent.

5. Conclusion

L'atelier a abordé le travail en réseau dans sa dimension plus large et non au départ de la rue, comme cela aurait vraisemblablement été souhaité par certains participants.

Le travail en réseau : un outil au service des professionnels et de l'utilisateur

Le travail en réseau peut être considéré comme **un moyen de transparence, de reconnaissance et d'information du travail effectué par chacun** permettant à l'utilisateur de bénéficier d'un suivi et d'une approche axée sur la mutualisation des compétences de chacun.

Le travail en réseau : deux formes distinctes :

Il est nécessaire de distinguer deux types de travail en réseau :

- le **travail en réseau dit institutionnel dans sa forme large** (concertations autour de projets tel que le Plan Hiver, Plan Grandes Chaleurs ou de thématiques) ;
- les **pratiques dites cliniques de travail en réseau au départ de la personne sans-abri et au départ de la rue** (rencontres - aussi appelées « concertations » - entre professionnels autour d'un usager).

Le travail en réseau, c'est partir d'une difficulté :

Le travail en réseau se construit, soit à partir des difficultés de la personne, soit à partir des difficultés des travailleurs relatives à certaines situations.

L'important est de partir de la personne, de sa volonté, de son rythme, de ses affinités, sans jamais lui imposer ce qu'on pense être bien pour elle.

N'oublions pas le réseau social de la personne et l'important de se connaître et se reconnaître

Il a été pointé la nécessité de faire circuler de bonnes informations au sein du réseau par le biais des personnes détachées de leur institution. Ce travail peut être réalisé grâce au **travail de relais « au départ de » l'institution-mère vers le réseau** et vice-versa.

Atelier 4 : «La rue et la santé»

Animateur : Olivier DEMBUS, Relais-santé (RSUN)
Rapporteur : Amélie PIROTTE, Relais-santé (RSUN)
Participants : cf. annexe 4

Introduction

En guise d'introduction, des réflexions sous la forme de questions ont été posées au groupe afin de lancer le débat :

- **Quels sont les moyens de prise en charge et de prévention lorsqu'on sait que vivre dans la rue a des répercussions sur la santé mentale, sociale et physique ?**
- **Quelle prise en charge envisager** si on se réfère à la classification « cloche, zone, galère » des personnes sans-abri ?
- Comment éviter le sentiment d'épuisement voire le burn-out **chez les soignants/travailleurs sociaux** face à la lourdeur des situations ?
- **Comment mettre en place une approche globale des personnes** en insistant sur le travail en réseau ?
- **Comment établir des ponts entre le secteur de la santé/santé mentale et du social.**
- **Comment mettre en place une prise en charge de l'hygiène sur le terrain ?**

1. Les personnes de la rue et le réseau de soins

Le Docteur Mercuel met en évidence que **les personnes de la rue connaissent le réseau de soins autour d'eux et utilisent ce réseau à bon escient**. Il base ses propos sur une étude menée par la FEANTSA qui a interrogé des personnes ayant fréquenté trois institutions de soins : les PASS (Permanences d'Accès aux Soins), les urgences hospitalières et les équipes mobiles (SMES). Dans chacune d'entre elles, les personnes venaient avec une demande en adéquation avec la structure (ex : demande de traitement dans les PASS, hypothermie vers les urgences hospitalières et soutien psychologique auprès des équipes mobiles du SMES). En partant de ce constat, deux grandes questions émergent :

- **Faut-il créer d'autres structures ?**
- **Les personnes ont accès aux soins MAIS comment opérer un suivi ?**

Selon lui, il y a des choses à inventer, des **innovations à lancer**.

Des participants confirment : **Les personnes sans-abri sont souvent bien au courant des structures auxquelles elles peuvent recourir**. Des professionnels sont d'ailleurs parfois bien étonnés par les compétences des personnes qu'ils qualifient de « la loi de la débrouille ». Si les personnes connaissent le réseau, il n'en reste pas moins une **difficulté quant à la continuité de la prise en charge**. Trouver la structure qui va répondre à la demande exprimée par l'utilisateur ne semble pas poser de difficulté. Par contre, les participants sont d'avis que la

prise en charge devrait **dépasser la demande première** pour répondre aux besoins réels de la personne. Cela suppose de **pouvoir décoder le besoin réel**, d'autant plus que, selon les participants, **la santé n'apparaît pas comme un besoin primaire aux yeux des personnes** en situation de grande précarité et des habitants de la rue.

Partant du constat qu'il n'est **pas simple pour un patient de se promener avec son traitement dans son baluchon** au vu des risques de vol, de perte, de surdosage ou de non compliance au traitement, une piste d'action est proposée par un partenaire : Pourquoi ne pas **élargir les actions de certaines structures existantes ?**

Ainsi, on pourrait imaginer qu'un travailleur social non médical d'un service ou d'un lieu d'accueil fréquenté quotidiennement par une personne puisse donner un traitement médicamenteux à un usager qui aurait préalablement été préparé et contrôlé par un intervenant médical ou paramédical.

Les participants partagent l'avis que certains usagers/patients sans-abri demandent une certaine **souplesse et logique de « bricolage » au sein du réseau**. Avec ces usagers, il est nécessaire de s'adapter en permanence et de trouver des « trucs et astuces » pour permettre un suivi car les besoins et les temporalités sont très différents. L'importance de **partir de « là où la personne est », tant en termes de lieu que de rythme**, est pointée et ce, afin de créer du lien avec les personnes en rue pour comprendre la logique qui les guide.

Aussi, ne faut-il pas accepter que certaines personnes à un moment donné de leur parcours ne puissent se conformer à un cadre ?

Si en premier lieu, **la proactivité des travailleurs de rue permet l'accroche et la création d'un lien**, la question du seuil d'accès des structures d'accueil et d'hébergement reste en question. Les participants mettent en avant la **difficulté de trouver une structure adaptée à la situation de la personne**.

Le Dr Mercuel pense qu'il faut des règles minimales basées sur le travail en partenariat.

En effet, **plus l'équipe encadrante est importante et pluri disciplinaire, plus un accueil bas seuil sera possible**.

Afin d'éviter le sentiment de découragement et d'épuisement des professionnels, Le Dr Mercuel propose aux professionnels de **se fixer une limite de temps pour sortir les gens de la rue**. Cette limite pourrait être le temps déjà passé en rue par la personne. Par exemple, si la personne rencontrée par le professionnel est en rue depuis 5 ans, le temps d'intervention pourrait être de 5 ans.

Cette échéance **permet de redonner de la temporalité dans le projet d'accompagnement**.

2. L'hygiène

Une **problématique récurrente**, soulevée par une maison d'accueil, **est celle du manque d'hygiène**.

Des participants rappellent qu'il est **nécessaire de se questionner sur les fonctions de l'incurie**¹. La bienveillance du soignant serait de « récurer » la personne à tout prix mais l'importance est de se questionner sur l'impact. Quel est le **rôle de cette carapace ?** L'exemple des femmes en rue est révélateur : le fait de ne pas prendre en charge leur hygiène peut revêtir une **fonction protectrice** contre le viol.

¹ Manque de soin, négligence, laisser-aller (Le petit Larousse)

Concernant la prise en charge de cet aspect par les professionnels, il ressort la **nécessité de pouvoir exprimer son ressenti** et d'exprimer en « je » au lieu du « tu » accusateur, souvent source de malaise. Cela permet d'éviter de blesser l'autre.

Aussi, il est important de poser des questions à la personne pour connaître **la fonction de son manque d'hygiène** : est-ce lié simplement à son mode de vie, à un manque d'information concernant l'existence de lieux d'accueil sanitaires ou à une fonction protectrice ? On peut également travailler à partir de l'avantage d'être propre et du bien-être ressenti.

On ne peut attendre de certaines personnes déstructurées qu'elles prennent directement une douche quand elles n'ont plus fréquenté de lieux d'accueil sanitaires depuis de nombreuses semaines. Une piste serait de **se fixer de petits objectifs réalistes tout en maintenant le lien via le travail de rue**. Par exemple, le professionnel peut inviter la personne à commencer à se laver les mains avec des lingettes et progressivement, tendre vers l'objectif de la douche.

Le Docteur Mercuel rappelle que **l'objectif de la première rencontre en rue est qu'il y en ait une deuxième**.

La question de la formation des travailleurs sociaux par rapport à la problématique de l'hygiène est abordée, **une formation « santé et précarité » avec des intervenants d'horizons différents serait pertinente**.

Conclusion

Bien que les réflexions introductives n'aient pas été totalement débattues lors de l'atelier, d'autres thèmes et angles d'approche ont été abordés.

Il a notamment été mis en évidence que **le réseau de soins est connu des personnes de la rue mais qu'une difficulté subsiste dans le suivi et dans la continuité des soins**. Le fait que la santé ne soit pas perçue comme un besoin prioritaire par l'usager complique la prise en charge. **Le travail de rue, par son approche individuelle et de proximité, permet de s'adapter à la personne et d'opérer une prise en charge adaptée** ainsi que de réaliser un suivi en assurant des présences régulières en rue. L'objectif étant de **travailler la demande de la personne**, basée sur les besoins exprimés, **en tenant compte des besoins réels** identifiés par le travailleur.

Quant à la problématique de l'hygiène, elle est difficilement prise en charge par les travailleurs sociaux. Une formation spécifique pourrait répondre à ce besoin d'être outillé pour aborder aisément ce problème avec les personnes concernées.

Synthèse générale

Qui sont les habitants de la rue ?

Le public de rue est défini comme un public hétéroclite, présentant de multiples problématiques. Etre en rue, c'est vivre une situation de crise, qui, si elle persiste, débouche sur des comportements visant à s'adapter à la situation, à réduire la souffrance, voire à s'en éloigner le plus possible. C'est ainsi que certaines personnes consomment de l'alcool ou des produits psychotropes, et que d'autres adoptent un « comportement bizarre », comme le dirait E. NICOLAS pour qualifier les habitants de la rue présentant un trouble de santé mentale.

Après avoir vécu une ou plusieurs ruptures, les personnes sans-abri souffrent d'une pathologie du lien. Faire confiance à autrui présente un défi que tous ne sont pas prêts à relever. Ainsi, on ne s'étonnera pas de constater que certains d'entre eux ne sont plus aptes à formuler une demande.

On les retrouve alors dans les interstices de la ville, tantôt se fondant dans le décor, tantôt troublant le citoyen. Certains s'installent là où il leur reste un souvenir heureux, d'autres emportent dans leur paquetage un doudou, compagnon bienveillant qui réduira leur angoisse. Ils se promènent avec de grands sacs, des tranches de vie. Pour la plupart, ils ne se préoccupent pas de leur hygiène, la priorité est ailleurs : manger, boire, dormir, faire la manche, ...

Cependant, derrière leur carapace de crasse, qui n'est parfois rien d'autre qu'une protection contre d'éventuelles agressions extérieures, se cachent aussi des personnes qui ont des compétences, et sont capables de résilience.

Quel travail social au départ de la rue ?

Au cours des différentes interventions, ainsi que dans les ateliers, on peut relever des constantes, quel que soit le secteur concerné :

La première chose est d'opter pour une démarche proactive en vue d'entrer en contact avec les personnes, de créer une approche respectueuse et non jugeante, qui permettra à la confiance de s'installer. Il est ici question de tout un travail relationnel axé sur le lien social. Tout en respectant le rythme de l'usager, il est possible de procéder par petites étapes successives. Pour que la confiance s'établisse, le professionnel devra également pouvoir montrer à l'usager qu'il peut l'aider à répondre à l'un ou l'autre de ses besoins exprimés. De son côté, le travailleur, par sa formation et son expérience, est amené à décoder les besoins réels, et à susciter la demande. En effet, comme nous l'avons vu, la demande émane rarement de ce public particulier. Ce constat suscite dans certains services un questionnement sur leur posture d'attente de la demande, et une réflexion sur la nécessité d'opter pour une démarche davantage proactive envers ce public.

Une fois le processus enclenché, tout un travail d'accompagnement va pouvoir se mettre en place. Le professionnel est amené à informer, orienter, relayer vers des services partenaires. Cela nécessite dans son chef une bonne connaissance du réseau, du travail et des limites de chaque service s'il veut donner les bons renseignements. Il est un agent de liaison au bénéfice d'un travail en réseau.

Chaque situation étant singulière, et les problématiques étant nombreuses, le travailleur est incité à développer sa créativité, et parfois à trouver des solutions novatrices face aux

obstacles rencontrés. Au-delà de la flexibilité nécessaire du professionnel, face à un public très marginalisé, il est nécessaire que les institutions tolèrent une certaine souplesse. Par exemple, dans certains abris de nuit, les éducateurs veillent à adapter les contraintes, le règlement au public de rue, partant de l'idée que la véritable question est de savoir comment les personnes peuvent « habiter » l'institution.

Le travailleur de rue a donc un rôle pivot, entre les usagers et les institutions. Mais pas uniquement... en effet, il est aussi amené à être un médiateur entre les habitants de la rue et les citoyens.

Mais avant tout, le travailleur de rue est un professionnel qui veille à garder à l'esprit que l'usager a des compétences, et à ce titre, ce dernier doit pouvoir rester acteur de son devenir.

Face au public de rue, il faut pouvoir tenir compte de certains éléments :

→ L'hébergement à tout prix ne peut convenir qu'aux personnes qui ne sont pas atteintes de troubles de santé mentale.

→ Le public de rue a un vécu parfois très lourd. Les sans-abri ont tendance à retourner près des endroits où ils ont des souvenirs heureux. Il est donc crucial de ne pas aller proposer un hébergement dans un endroit chargé de souvenirs malheureux.

→ Même s'ils mettent en échec les tentatives des travailleurs sociaux, la posture la plus adaptée serait de rester présent, et de garder un lien à « bas seuil ». C'est par cette présence constante que le lien de confiance pourra se renforcer.

Face à un public présentant de multiples facettes, il paraît utile d'envisager des équipes pluridisciplinaires.

En effet, un travailleur social ne peut à lui seul répondre aux divers besoins des personnes. Par ailleurs, il semble que la diversification des métiers que l'on retrouve en rue donne plus de chance à l'accroche de s'établir.

Face à un public atteint de troubles de la santé mentale, l'intervention d'un psychologue, voire d'un psychiatre, peut permettre à la personne de se stabiliser. C'est seulement à partir de là que le travail social pourra se mettre en place.

L'accroche par la santé semble aussi être une bonne porte d'entrée. La présence d'infirmiers est parfois mieux reçue que celle d'un assistant social, par exemple. Peut-être est-ce lié à leur approche par le soin, leur approche différente de la personne ?

Toujours est-il que ces médecins, psychiatres, infirmiers ont une certaine crédibilité auprès du secteur de la santé et de la santé mentale, ce qui leur permet parfois d'ouvrir des portes pour l'usager là où un assistant social ou un éducateur se serait retrouvé face à un mur. Cependant, une bonne collaboration entre le secteur de la santé, de la santé mentale et de l'action sociale permettrait de dépasser certains a priori.

L'important, c'est de travailler en réseau

Le travail en réseau doit aussi être au cœur de la prise en charge. Pour qu'il puisse s'envisager, il faut créer des liens entre les services et dépasser les cloisonnements, considérer la richesse des approches de chacun et mutualiser les forces.

Le travail en réseau est un outil au service des professionnels et des usagers. Pour les professionnels, il amène transparence, reconnaissance et partage d'informations, voire de pratiques, et parallèlement, il permet à l'usager de bénéficier d'un suivi et d'une approche axée sur la mutualisation des compétences de chacun.

Si l'on parle essentiellement du réseau d'institutions, il ne faut pas non plus perdre de vue que la personne a aussi un réseau social. Celui-ci peut s'avérer bénéfique, car il permet de s'inscrire dans un groupe, mais peut aussi être un frein à l'évolution de la personne. Il convient donc aussi de tenir compte de ce réseau pour le développer, le diversifier, et permettre à la personne de sortir de sa situation.

Faut-il viser l'insertion ?

Oui, bien entendu. Pour les personnes à la rue, il y a une possibilité d'envisager une évolution vers une certaine autonomie. Mais il est alors nécessaire de préciser ce que l'on met derrière le terme d'insertion.

En effet, l'insertion est instituée par des lois, des décrets, couplant souvent l'aspect social au professionnel. Il semble nécessaire d'extraire cette notion d'insertion de la dimension de travail pour la remplacer par celle d'utilité sociale. Cela permettra ainsi aux personnes les plus marginalisées de se prendre en main en leur rendant un statut par les liens qui se créent. Leur rendre un sentiment d'utilité sociale, et leur permettre d'activer leurs compétences.

En effet, tout comme il y a différents niveaux d'exclusion, il y a différents niveaux d'insertion à envisager. Et au commencement, il y a l'inscription dans un groupe, la reconstruction de la confiance en soi et aux autres.

Pour les personnes sans-abri, avant de pouvoir envisager quoi que ce soit, il y a d'abord tout un travail à mettre en place, qui leur permettra de sortir de l'urgence et des besoins immédiats à satisfaire. Ainsi, progressivement, la personne pourra inscrire des objectifs à plus long terme dans son parcours de vie.

Viser l'insertion, c'est réfléchir en termes de portes à ouvrir, et ces portes d'entrées doivent nécessairement être adéquates et cohérentes par rapport à leur réalité. Et c'est là, une fois encore, que les professionnels doivent mettre toute leur créativité en œuvre, chaque personne étant unique.

L'insertion nécessite du temps, et ce temps est relatif. La durée de l'état de précarité a une incidence sur la temporalité du parcours d'insertion. Il est important que le professionnel en soit conscient pour ne pas s'essouffler. Un délai raisonnable pourrait être de se dire que, pour sortir de la rue, il faudra une durée équivalente au temps passé dans la rue.



Annexe 1

Atelier 1 Une approche pluridisciplinaire du travail de rue : sous quelle forme ?

Nom	Prénom	Institution
Basso	Thierry	Médias Mons
Brognet	Philippe	Région Wallonne
Charles	Cindy	CPAS
Chenoy	Frédérique	Ville de Namur, Affaires sociales
Christophe	Amaury	Rapporteur
Cohy	Simonne	les Sauverdias
Cornelis	Marie	asbl Avec Toit
Crohin	Natacha	Cellule Mobile de l'Action de Prévention et de Citoyenneté, Ville de La Louvière
Darimont	Noëlle	RSUN- animatrice
Dawant	Barthélémy	Ville de Mons
De Becker	Emile	Ville de Namur, Affaires sociales
Debelle	Dominique	Relais Social Urbain de La Louvière - rapporteur
Degueldre	Bruno	Ville de Namur
Delhez	Nicolas	Lire et Ecrire
Demacq	Christophe	Ville de Mons
Denis	Valérie	Relais Social Urbain de Verviers
Depas	Jean	les Sauverdias
Genette	Pierre	Province de Namur
Goosse	Monique	CPAS
Memedali	Ahmedi	équipe de proximité et de prévention des Affaires Sociales de la Ville de Namur
Poupier	Nathalie	Ville de Namur, Affaires sociales
Sabrir	Myriam	Dispositif d'Urgence Sociale
Saporosi	Guerino	Quartier Hastedon
Sizaire	Georges	Maison des Jeunes de Basse Enhaive
Tihange	Mathieu	Quartier Hastedon
Vankeer	Françoise	CPAS

Annexe 2

Atelier 2 Le travail d'accroche en rue comme levier à l'insertion : quels outils ?

Nom	Prénom	Institution
Bouz	Sandra	CPAS
Clacens	Emilie	Ville de Namur
Collard	Brigitte	Sans Logis
Coudou	Sophie	CIEP
Courttoy	Dominique	Centre de service social
Del Valle Lopez	Isabel	Région Wallonne
Dochain	Jean-Paul	asbl Avec Toit
Dupont	Amandine	Resto du Cœur de Mons
François	Alain	Relais social du Pays de Liège
Gérard	Dany	asbl Phénix
Gérard	Arnaud	GABS
Goffinet	Flavia	équipe de proximité et de prévention des Affaires Sociales de la Ville de Namur
Jadoul	Ingrid	Arche d'Alliance
Jamagne	Anaïs	CPAS
Joveneau	Claire	Centre de service social
Laboureur	Marianne	Icar
Laloux	Dominique	GABS
Lambert	Mélody	Maison des Jeunes de Basse Enhaive
Leclercq	Grégory	Perron de L'Ilon
Lelubre	Marjorie	Relais social de Charleroi
Oger	Anne	CPAS
Olivier	Virginie	RSUN - animatrice
Pescarollo	Claudio	Gabs
Raguine	Chanelle	Relais social de Charleroi
Toussaint	Jean-Marc	CPAS
Vansnick	Partricia	Arche d'Alliance & Avec Toit
Vitry	Dominique	Relais social urbain de La Louvière - rapporteur

Annexe 3

Atelier 3 Le travail de rue et le réseau

Nom	Prénom	Institution
Ansiaux	Jean-Luc	Ville de Namur
Bettini	Sandra	Cellule Mobile de l'Action de Prévention et de Citoyenneté, Ville de La Louvière
Blachère	Eric	asbl "Avec Toit"
Bouvier	Nicolas	Rapporteur
Debras	Blandine	Namur Entraide Sida
Defeyt	Philippe	CPAS
Di Bari	Leonardo	asbl Phénix
Dony	Cindy	asbl Phénix
Favier	Jenny	RSUN - animatrice
Fileccia	Bruno	Médias Mons
Hannequart	Marie-Christine	L'Entrain - rapporteur
Henry	Yvon	RSPL
Houben	Joëlle	Relais social du Pays de Liège
Huygens	Suzanne	Relais social de Charleroi
Kirtem	Sandra	Dispositif d'Urgence Sociale
Lagneau	Marc	AMO Basse Sambre
Lambert	Marie	Institut Wallon pour la Santé Mentale
Marechal	Catherine	Sans Logis
Mignolet	Cathy	CPAS
Nicolas	Emmanuel	Abri de nuit Ulysse de Charleroi
Noël	Joseph	Saint-Vincent de Paul
Targosz	Patricia	Cellule "quartiers"
Van Dooren	Marie-Pierre	Cabinet de l'Action sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances
Van Waeyenberghe	Christophe	Ville de Mons

Annexe 4

Atelier 4 La rue et la santé

Nom	Prénom	Institution
Borremans	Jean-Noël	Arche d'Alliance
Bouvrat	Nancy	Province de Namur
Clément	Jocelyne	Cabinet de Maxime Prévot
Collignon	Véronique	Centre de service Social
Collin	Jacqueline	Coordination Provinciale Sida Assuétudes
Conradt	Sandrine	Relais santé de Verviers
Crate	Anne-Sophie	Foyer Namurois
Dembus	Olivier	Relais santé namurois - animateur
Durigneux	Cécile	Médias Mons
D'Urso	Marie-Laure	Cellule Mobile de l'Action de Prévention et de Citoyenneté, Ville de La Louvière
Emile	Meessen	Infirmiers de rue (Bruxelles)
Fox	Albert	Relais santé de Namur
Gianfelice	Mélanie	Relais santé de Charleroi
Graas	Anne-Laurence	Sésame
Huyghebaert	Vincent	CLPS en Province de Namur
Jacques	Sébastien	Maison Médicale de Bomel
Laokri	Samya	ULB, Ecole de Santé Publique
Leclercq	Anne	Réseau Wallon de Lutte contre la pauvreté
Maes	Christine	H.N.P. Saint-Martin
Molle	Sandrine	Relais santé de Mons
Pirotte	Amélie	Relais santé de Namur - rapporteur
Scandari	Nora	Relais santé de Mons
Tombeur	Béatrice	Clinique Sainte Elisabeth, service social
Toubeau	Delphine	Centre de service Social
Van Derton	Marie	Rapporteur
Van Langenhove	Géraldine	Relais santé de Charleroi
Yildiz	Ayse	CHRN