

RELAIS SANTÉ DE NAMUR

RAPPORT D'ACTIVITÉS
2014



Avec le soutien de la Wallone



Table des matières

1. Introduction	2
2. Contextualisation et méthodologie de travail et de récolte des données du Relais santé de Namur	3
2.1 Historique et mise en place du projet	3
2.2 Finalité principale et public cible du Relais santé de Namur	4
2.3 Les partenaires.....	4
2.4 Méthodologie et définition des items utilisés	5
3. Données épidémiologiques relatives aux patients suivis au Relais santé	9
Méthodologie et précisions concernant la récolte des données	9
3.1 Sexe	10
3.2 Age	10
3.3 Nationalité	11
3.4 Statut des personnes non originaires de l'Union Européenne	12
3.5 Connaissance et maîtrise du Français	13
3.6 Langue maternelle/parlée hors français.....	13
3.7 Etat civil	14
3.8 Revenus.....	15
3.9 Catégorie professionnelle	17
3.10 Catégorie professionnelle : autre (lorsque situation d'emploi)	18
3.11 Situation de logement	18
3.12 Type et répartition de logement inadéquat	19
3.13 Scolarité	20
3.14 Suivi médical existant ou non	21
3.15 Lorsque suivi médical existant : quelle en est l'origine ?.....	22
3.16 Statut mutuelle	24
4. Récolte des données de l'année 2014 : Les chiffres	26
5. Constats et analyse des chiffres 2014	31
5.1 Nombres de contacts réalisés	31
5.2 Les permanences au dispensaire de soins	31
5.3 Le nombre et le type de demandes reçues	32
5.4 Les présences institutionnelles	32
5.5 Les soins et actes réalisés.....	33
5.6 Les constats spécifiques / vignettes cliniques	34
6. Evaluation de l'atteinte des objectifs 2014	42
7. Conclusion	49



1. Introduction

Ce Rapport d'activités 2014 est l'occasion de nous pencher sur cette nouvelle année écoulée et de faire le point au niveau des actions réalisées.

L'équipe a atteint sa vitesse de croisière. Même déforcée par moment en raison des maladies et/ou temps partiel, un grand travail de fond a été réalisé afin de mettre en place diverses actions permettant de venir soutenir le travail au quotidien.

L'équipe et le service sont bien connus par le réseau local, les différentes collaborations existantes ont été maintenues et renforcées et quelques nouvelles relations avec d'autres services ont pu être créées.

L'actualité locale a été source de questionnements (arrêté mendicité local, présence accrues de personnes d'origine « rom »,...) et d'échanges entre les professionnels locaux. Au terme de cette année, après un recul de quelques mois, peu d'impacts ont été relevés sur le travail de base du Relais santé.

Les objectifs de base étant bien définis et clairement rencontrés, l'équipe a pu investir de nouvelles perspectives cohérentes avec les missions premières. Ainsi, diverses animations/éducatives à la santé ont pu être réalisées, des formations adaptées proposées aux partenaires (Hygiène et précarité, maladies contagieuses et précarité, santé générale,...).

La permanence vétérinaire a également pu se développer. Le service est maintenant bien connu et plusieurs personnes s'y présentent chaque premier mercredi du mois.

Une deuxième infirmière de l'équipe a débuté les cours de pédicurie afin de pérenniser ce service plus qu'important dans la gamme de soins proposés aux patients. Cette activité rencontre toujours une demande bien présente.



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

2.1 Historique et mise en place du projet

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

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

Quelques chiffres représentatifs peuvent ainsi être retirés des constatations des travailleurs de terrain pour l'année 2006 :

- Sur 467 personnes rencontrées en rue par les travailleurs sociaux de la ville de Namur, 65% présentaient un problème de santé mais seul 3% de ces personnes ont formulé une demande de santé.
- Sur 240 personnes ayant formulé une demande par rapport à une problématique de logement, 9% d'entre elles ont été orientées vers une hospitalisation
Face à ces chiffres objectifs qui mettent en évidence un besoin exprimé ou non en ce qui concerne la santé, d'autres constatations ont pu émerger du travail de terrain :
- Un nombre certain de personnes rencontrées et en situation de grande précarité ne sont pas en ordre de mutuelle
- Les problématiques de santé mentale sont fréquentes au sein de la population cible
- Il existe une demande en ce qui concerne la prise en charge des soins d'hygiène des personnes en grande précarité. Celle-ci est relayée par certains professionnels sociaux du secteur namurois.



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

2.2 Finalité principale et public cible du Relais santé de Namur

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

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

Le Relais santé se veut être un service proactif. Il agit en amont en allant à la rencontre des personnes et n'attend pas toujours que la demande vienne à lui pour la prendre en charge. Il est toutefois très important de souligner que le Relais santé veille à ne pas se substituer au réseau et qu'un de ses objectifs prioritaires reste de tenter de raccrocher la personne avec un système de soins conventionnels. Dès que cet objectif est atteint, et dans la mesure où il paraît être en mesure de se maintenir dans le temps, le Relais santé se retire. Dans la pratique, un lien peut toutefois être maintenu, toujours dans l'optique de jouer le rôle de relais et de facilitateur vers l'accès aux soins.

2.3 Les partenaires

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



2.4 Méthodologie et définition des items utilisés

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

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

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

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

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

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

- Les personnes rencontrées en rue et en institution autre que le Relais santé à l'exception du travail réalisé en Equipes mobiles¹ avec d'autres services. Il est plus difficile de recenser le nombre exact de passages en rue informels dans le sens où ces derniers se font souvent entre deux démarches ou deux permanences.
- Les personnes rencontrées en rue lors du travail en Equipes Mobiles

¹ EMR = Equipe Mobile de Rue : projet piloté par le RSUN. Il consiste à réaliser le travail de rue en binôme inter-services (projet Salamandre – TSP (Travailleurs Sociaux de Proximité) – Relais santé – Comptoir d'échange



- Les personnes suivies au Relais santé dans le cadre des permanences fixes (soit le lundi matin, soit le jeudi après-midi).
- Les personnes suivies au Relais santé en dehors des permanences fixes. Ces personnes sont alors suivies sur rendez-vous ou lorsque leur situation est telle que la prise en charge ne peut être postposée à la prochaine permanence fixe.
- Le nombre de nouveaux dossiers ouverts. D'une manière générale, un dossier est ouvert lorsqu'une nouvelle personne bénéficie d'un suivi dans les locaux du Relais santé. Dans quelques cas particuliers, un dossier est tout de même ouvert si la personne ne se présente pas au Relais santé mais qu'un suivi important est réalisé à l'extérieur. Ce cas de figure est cependant très rare. Pour illustrer celui-ci, l'exemple pourrait être donné de ce Monsieur vivant en rue, souffrant de problèmes psychiatriques importants et ayant contracté la gale. Dans son cas, aucune prise en charge au Relais santé n'a finalement été possible et le diagnostic médical par un médecin ainsi que le traitement ont dû se faire en rue. Afin de consigner les éléments importants, un dossier fut ouvert.
- Le nombre de dossiers ré-ouverts. Ce cas de figure se présente lorsqu'un patient déjà suivi précédemment par le Relais santé est amené à bénéficier à nouveau du service. En effet, chaque année, les dossiers sont archivés afin de permettre une actualisation optimale de la récolte des données. Ils doivent donc être ré-ouverts à la première prise en charge de l'année.

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

- Les demandes initiales et problématiques principales consignées sont uniquement celles qui font l'objet d'une prise en charge et/qui émanent du patient. Ce mode de comptabilisation permet ainsi de clarifier les problématiques suivies dans le sens où, sans cette limitation, pratiquement toutes les personnes suivies pourraient alors présenter toutes les problématiques à la fois (sociale pour l'absence de logement, santé mentale pour l'insécurité de vivre en rue ou les difficultés liées aux événements qui ont conduit la personne à sa situation actuelle, assuétude dès que la personne est consommatrice même si elle ne souhaite pas prendre ce point en compte, soins d'hygiène liés aux conditions de vie en rue,...).
- En ce qui concerne le point "pas de demande initiale", il s'agit des personnes n'ayant aucune demande à la base de la rencontre (que celle-ci soit réalisée en rue ou en permanence). Ce point est particulièrement intéressant car s'est souvent sous couvert de



cette "non-demande" que les infirmières se font connaître et créent le lien suffisant qui permettra à la demande d'émerger par la suite. Une bonne partie (difficile à chiffrer de manière exacte) des patients n'arrive d'ailleurs pas par ce biais au Relais santé (notion de "double amorce").

- L'item « Relais vers le Relais santé » est utilisé dès qu'une personne rencontrée en dehors du Relais santé est invitée à venir au dispensaire lors d'une permanence ou sur base d'un rendez-vous donné.
- En ce qui concerne les soins d'hygiène, l'équipe parle de soutien lorsqu'il s'agit d'apporter essentiellement une aide matérielle à la personne pour qu'elle puisse se laver. Lorsqu'il s'agit de seconder la personne pour se laver (cheveux, dos, pieds,...), les infirmières cochent l'item « aide partielle ». L'aide complète n'est comptabilisée que lorsque la personne est entièrement dépendante des infirmières pour réaliser ses soins d'hygiène. Ce point est également l'occasion de rappeler qu'en vue de ne pas se substituer au réseau et pour des raisons de faisabilité, le Relais santé ne propose des soins d'hygiène que lorsque ces derniers sont directement liés à un soin de santé. Pour les personnes sans besoin de soins et autonomes, ne nécessitant aucune prise en charge infirmière, un relais est réalisé vers Li P'tite Buweye ou les Sauvèrdias.
- L'item relatif aux soins des pieds regroupe tous les soins réalisés en vue de garder ou de restaurer la santé des pieds sans soin de plaie ou de pédicurie, chacun de ces deux items étant repris séparément. Cette distinction est réalisée en vue de pouvoir mieux analyser l'importance de la problématique des pieds (mycoses, plaies, douleurs,...) dans le suivi de la santé des personnes en grande précarité. Ce point a été mis en évidence suite à l'analyse des soins réalisés lors des années précédentes.
- En ce qui concerne la plupart des autres items, il est utile de préciser trois termes utilisés par l'équipe :
 - Orientation : l'équipe fournit les informations nécessaires afin que la personne dispose des informations suffisantes pour se rendre auprès d'un autre service.
 - Relais : la situation demande à ce qu'en plus des informations données à la personne, un contact réel soit directement pris par l'infirmière avec le service vers lequel elle relaye la personne. Ce contact peut avoir lieu par mail, par téléphone,... Un échange est réalisé.
 - Accompagnement : la situation ou le contexte nécessite que la personne soit physiquement accompagnée dans sa démarche vers un autre service. Ce point peut parfois prendre de nombreuses heures voire une journée entière. C'est



pourquoi l'équipe veille toujours à préserver au maximum l'autonomie de la personne et ne réalise d'accompagnement que lorsque la situation le nécessite vraiment. L'objectif étant également d'éviter d'infantiliser la personne.



3. Données épidémiologiques relatives aux patients suivis au Relais santé

Méthodologie et précisions concernant la récolte des données

Le nombre de patients suivis pour cette année 2014 (tant au niveau du nombre de dossiers ouverts que de personnes différentes rencontrées) est pratiquement identique à l'année 2013

Pour rappel, les données épidémiologiques reprises ci-dessous sont issues des dossiers ouverts au cours de l'année. Dans la mesure du possible, un dossier est ouvert pour chaque personne se présentant physiquement au dispensaire du Relais santé.

En plus de respecter pleinement les droits du patient dans leur possibilité d'accepter ou non la réalisation d'un dossier infirmier et médical en leur nom, cette méthodologie permet également une récolte de données précise et surtout plus objective.

Il est en effet beaucoup plus difficile d'obtenir des données fiables lorsque ces dernières sont récoltées uniquement en rue. Sans parler de l'impact négatif que peut présenter une telle démarche par rapport à l'objectif d'accroche et de mise en confiance du public rencontré.

La systématisation de cette méthodologie de récolte des informations ne s'étant réellement mise en place qu'à partir de janvier 2011, les données comparatives ne peuvent donc être réalisées qu'à partir de cette date.

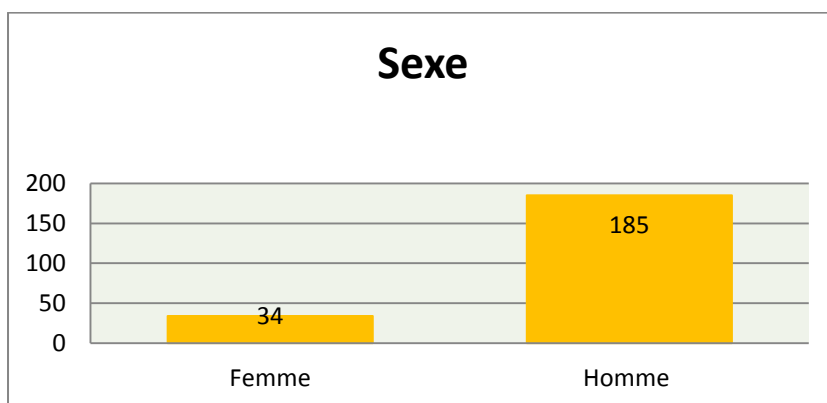
Ainsi, sur les 871 personnes différentes rencontrées au cours de l'année, 217 ont effectivement réalisé la démarche de se rendre au Relais santé (contre 211 en 2013).

Cette notion de « double accroche² » prend donc tout son sens. La plupart des personnes ne se présentant pas au Relais santé n'ayant en effet pas besoin de ses services (bonne santé/absence de pathologie à traiter, existence d'un médecin traitant accessible géographiquement et financièrement,...).

² Le fait de rencontrer la personne en rue ou en institution extérieure puis de l'inviter/inciter à se rendre au dispensaire.

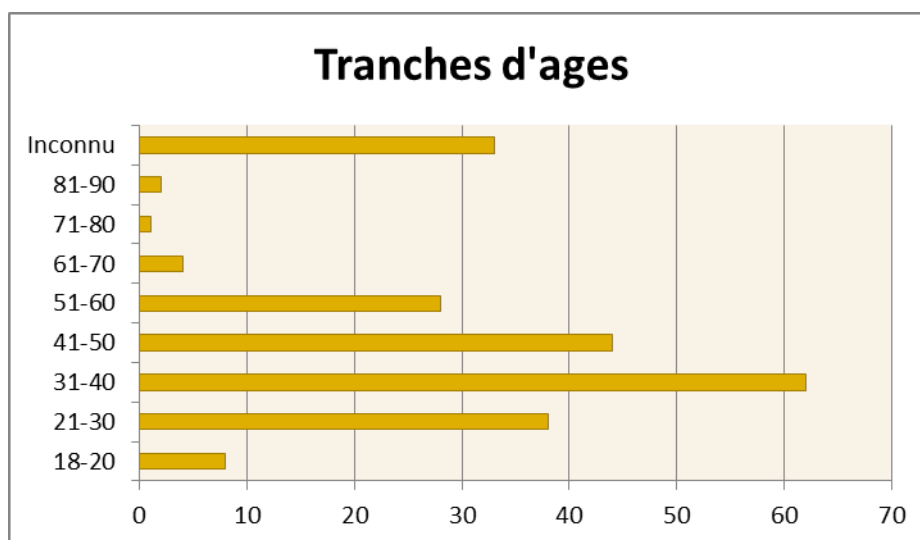


3.1 Sexe



85 % des patients suivis au Relais santé sont des hommes. La proportion de 15 % de femmes démontre donc une légère diminution par rapport aux pourcentages constatés l'année dernière où nous mettions en évidence une augmentation constante de la proportion de femmes dans les personnes suivies (près de 20% des patients rencontrés en 2013 étaient des femmes, contre 14% en 2012 et 13% en 2011).

3.2 Age



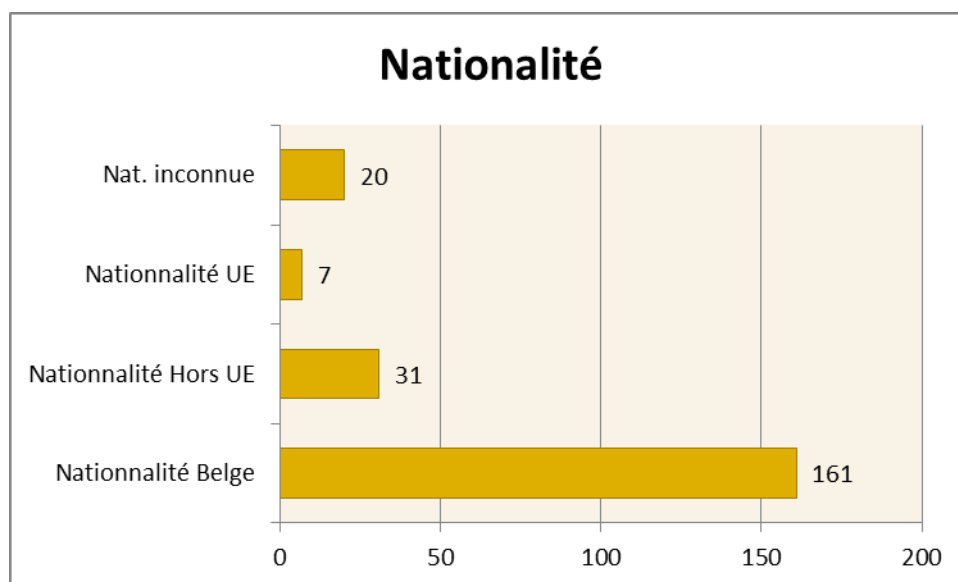
28,5 % des patients suivis au Relais santé ont entre 31 et 40 ans. Si on y ajoute les 41-50 ans (20%) ainsi que les 21-30 ans (17,5%), nous arrivons à un total de 66%.

Il est intéressant de souligner en parallèle que 17% des patients ont entre 18 et 20 ans et que 3% d'entre eux ont plus de 60 ans. Ces deux dernières observations mettent en exergue un besoin réel d'alternatives et de prises en charges adaptées à un public très jeune ou plus âgé puisqu'il touche 20% des personnes suivies par le Relais santé.



Par contre, comme pour la proportion de femmes, on note une diminution du nombre de personnes âgées suivies par notre service. Dans ce cadre, il sera nécessaire de les confronter avec les chiffres de l'année 2015 afin d'évaluer s'il s'agit d'une courbe descendante réelle ou d'une simple fluctuation ponctuelle.

3.3 Nationalité



Sans surprise, la proportion de personnes belge reste très élevée (74% contre 77% en 2013). La répartition du reste de la population suivie est également semblable aux années précédentes. Les personnes pour qui la nationalité est inconnue ne sont généralement pas belge mais leur origine (UE ou hors UE ainsi que leur statut reste inconnu).

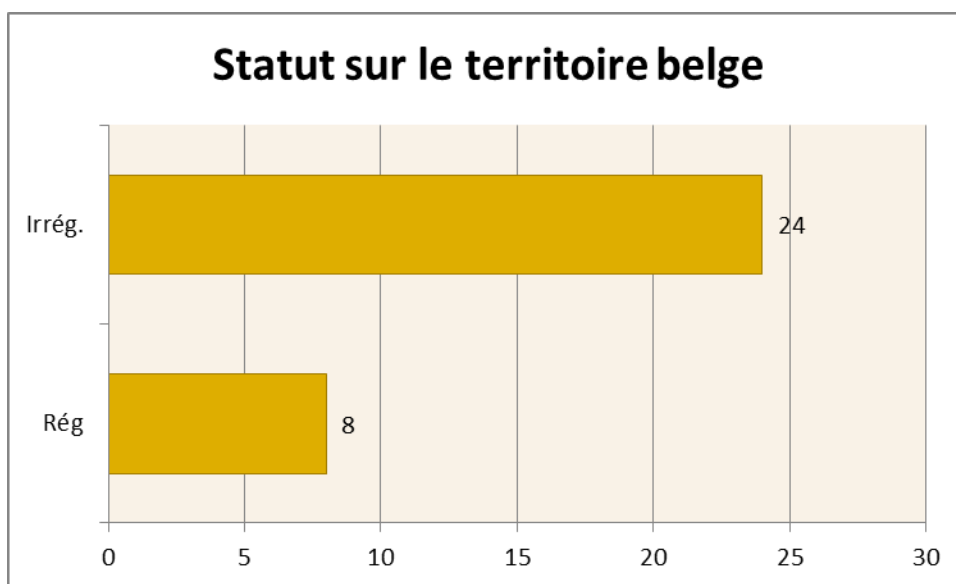
La majorité des personnes issues de pays hors Union Européenne provient de pays du Maghreb. Le nombre de ressortissants de pays de l'Union Européenne est également resté stable, malgré une nette augmentation du nombre de rencontres de personnes d'origine roumaine en rue. Cela s'explique très simplement par le fait que ces dernières refusent pratiquement toujours de se rendre au Relais santé et ne soulèvent pas (ou refusent de parler) de problématiques de santé pour lesquelles une action peut être menée et ce, même lorsque la barrière de la langue peut être dépassée.

A ce propos, une réflexion conjointe avec différents partenaires du réseau a été initiée et différents outils ont pu être mis en place afin de venir soutenir les travailleurs de terrain (fascicules imprimés en plusieurs langues, pictogrammes, informations législatives et culturelles,...).

Enfin, il est important de mettre en évidence que les ressortissants de pays hors Union Européenne rencontrés sur le territoire de Namur sont pratiquement exclusivement des hommes contrairement aux ressortissants de l'Union Européenne où les chiffres s'harmonisent avec les personnes de nationalité belge.



3.4 Statut des personnes non originaires de l'Union Européenne

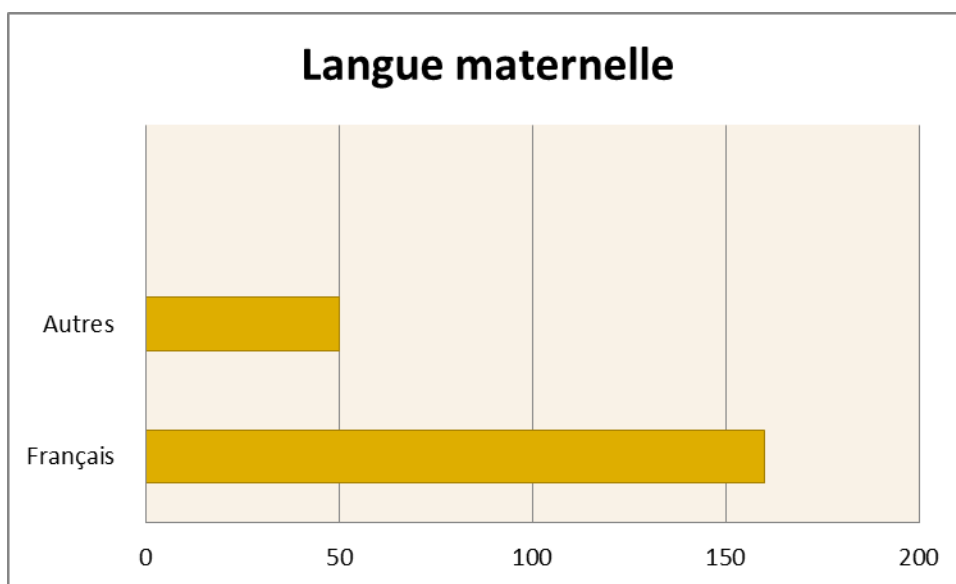


Parmi les 25 % de patients « non belge », plus de la moitié (au moins 63%) sont en séjour irrégulier lors de leur prise en charge par le Relais santé. Ce chiffre est probablement plus élevé en raison du nombre de patients restant vague sur ce point ou ne sachant pas nous renseigner (barrière de la langue et manque de compréhension de la procédure).

Cet élément reste très important car il influe directement sur le type de suivi et les soins proposés. L'accès aux soins médicaux (médecin, services hospitaliers, examens radiologiques et biologiques,...) est en effet plus compliqué voire impossible lorsque la personne n'est pas en ordre de séjour. Une grande partie d'entre elles refusant de se faire connaître auprès du CPAS, aucune couverture ou prise en charge médicale n'est ainsi possible. Les suivis sont alors réalisés au cas par cas, en fonction de ce que la personne accepte de dévoiler ou non et du type de pathologie à prendre en charge.

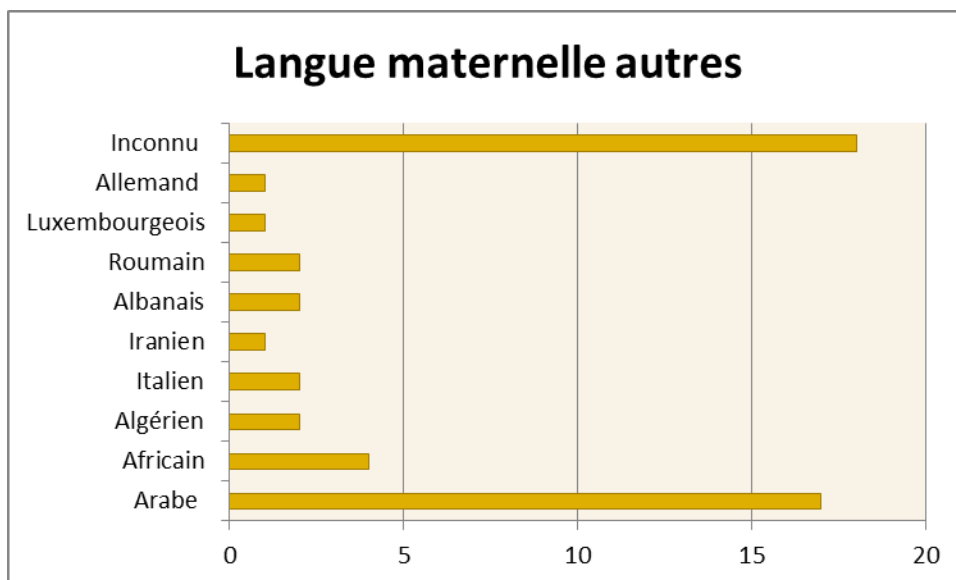


3.5 Connaissance et maîtrise du Français



En cohérence avec la proportion de patients belges, la barrière de la langue est rarement un problème sur l'entité de Namur, 74 % des personnes suivies ayant le français comme langue maternelle. Parmi les 25 % restants, près de la moitié se débrouille suffisamment en français pour se faire comprendre et comprendre le suivi et les indications médicales, c'est surtout le cas pour les personnes issues de pays d'Afrique, d'Italie et d'Allemagne.

3.6 Langue maternelle/parlée hors français



Les difficultés de compréhension en rapport avec la langue sont surtout rencontrées avec les personnes d'origine roumaine, les pays du Maghreb ainsi que les personnes issues de pays de l'est (albanais, croate, bulgare, serbe,...). Pour les personnes qui parlent arabe, la solution trouvée reste souvent l'interprétariat réalisé par un proche ou un ami (de la famille ou

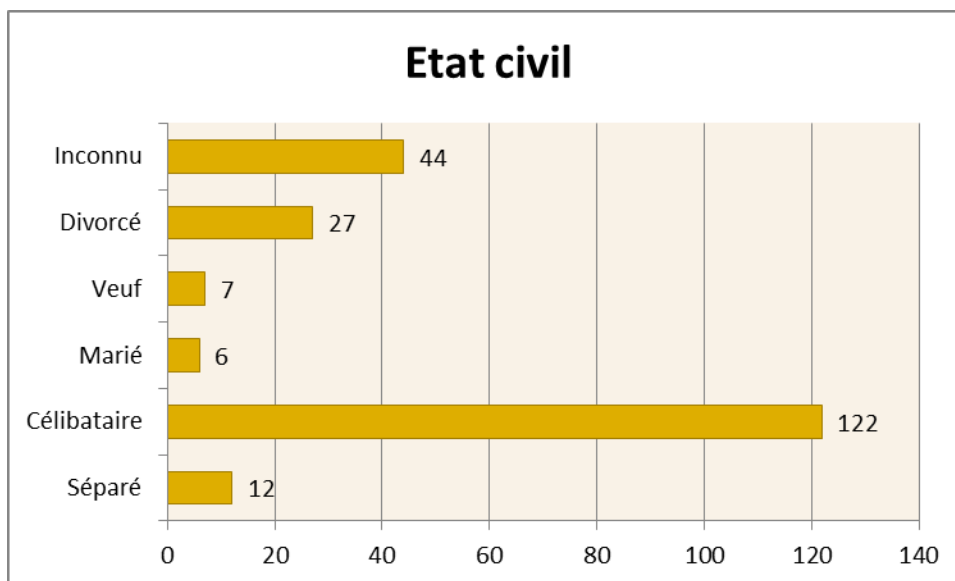


rencontré en rue/institution). Si cette aide se révèle précieuse et indispensable au quotidien, elle soulève également des questions au niveau éthique et déontologique. Si cette « loi de la débrouille » permet en effet de soigner la personne, elle l'amène aussi à se livrer à des non-professionnels (même si elle les choisit elle-même) et cette problématique peut être d'autant plus délicate lorsqu'au final, il s'agit d'un problème contagieux (gale,...) ou d'une maladie sexuellement transmissible.

Cette barrière de la langue devient également un problème lorsque les soins physiques « simples » (pansement, retrait de fils,...) mettent en évidence d'autres problématiques (traces de sévices, brûlures, ...) souvent en lien avec les raisons ayant poussé la personne à fuir le pays.

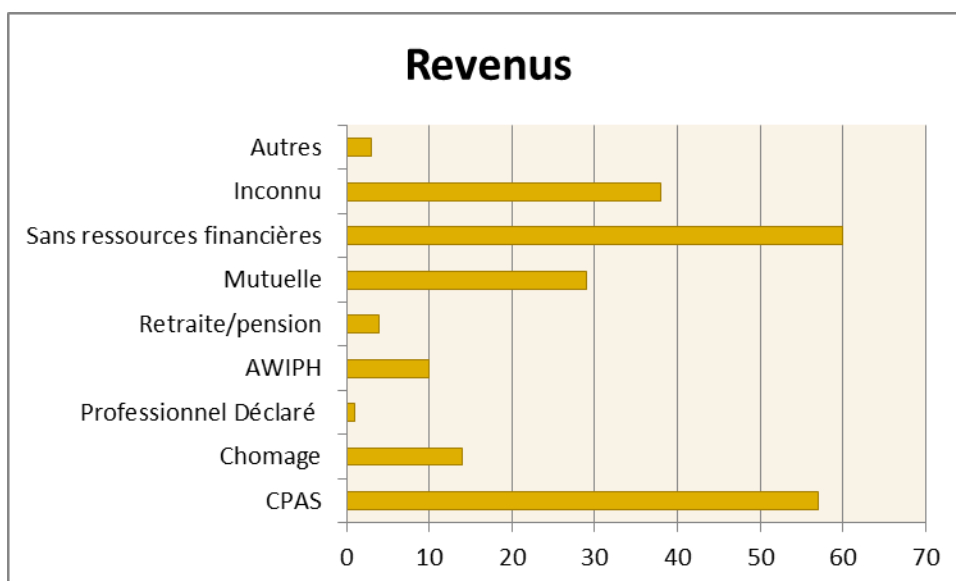
Le patient n'est pas forcément d'accord de se livrer à un psychologue ou un psychiatre (genre Clinique de l'exil, disposant d'interprètes formés et professionnels) mais souhaite parfois tout de même profiter de ce que voit l'infirmier(e) pour aborder sa souffrance. Le soignant se retrouve alors face à une difficulté importante, faute de moyens pour communiquer efficacement avec la personne.

3.7 Etat civil



56 % des personnes dont l'état civil est connu sont célibataires et 12,5% sont officiellement divorcé(e), séparé(e) (5,5%) ou encore veuf (veuve) (3%). Les patients officiellement mariés sont rarement en compagnie de leur époux(se) lorsque la relation n'est pas totalement cassée et ce, même si le divorce ou la séparation n'a pas encore été prononcé. Au final, les personnes suivies sont pratiquement toujours seule lors de nos constats. Une fois encore, ces chiffres sont très stables au regard des années précédentes.

3.8 Revenus



La plus grande partie des patients suivis sont sans revenus (27,6%) lorsque débute leur prise en charge au Relais santé. Ce constat est interpellant lorsqu'on met ces chiffres en parallèle avec le fait que plus de 70% des patients sont belges et pourraient donc prétendre à un revenu minimum. Si, par la suite, leur situation financière s'améliore et qu'ils récupèrent un revenu d'intégration, d'invalidité ou de chômage, ce point met en évidence une immense difficulté d'accès aux soins et aux besoins fondamentaux (boire, manger, se laver et s'habiller,...).

Ce nombre de personnes initialement sans revenu est en légère augmentation par rapport à l'année dernière où 25% des patients n'avaient pas de revenus au début de leur prise en charge. En comparaison, pour 2012, 20% des patients ne bénéficiaient d'aucun revenu, et « seulement » 17% en 2011.

Le constat des années précédentes, qui met en évidence une augmentation de personnes sans revenu, est maintenu. Cette problématique continue bien à augmenter, et a augmenté de 10% en 4 ans.

De plus, aux personnes n'ayant aucun revenu, s'ajoutent celles qui n'ont pas de revenus officiels mais qui « bénéficient » de revenus très précaires et insuffisants. Ces rentrées d'argent sont toujours ponctuelles, non déclarées et pratiquement toujours à risque pour la santé (prostitution, travail au noir très précaire, mendicité). Cette catégorie représente environ 10% des patients suivis.

Juste après, se retrouvent les personnes bénéficiant du revenu d'intégration sociale (26%) puis les revenus de remplacement/invalidité de la mutuelle (13%) et le chômage (6,5%), l'allocation pour personne handicapée (4,5%) et la pension (2%).



Un seul patient suivi perçoit un revenu professionnel légal et déclaré.

Cette absence/difficulté d'accès au revenu entraîne bien évidemment d'importantes répercussions sur la santé.

D'une part, les personnes qui n'ont pas ou peu de moyens reportent ou annulent leurs rendez-vous médicaux, ne suivent pas ou mal leur traitement ou s'abstiennent de passer certains examens nécessaires. D'autre part, elles ne sont plus en mesure de payer leur mutuelle.

Au final, tous ces facteurs auront des conséquences importantes sur l'état de la personne mais aussi pour la société en général.

En effet, les pathologies détectées et/ou traitées plus tard nécessiteront des traitements et des suivis plus lourds, parfois moins efficaces et souvent plus invasifs et handicapants. Dès lors, les coûts plus élevés de prise en charge sont répercutés sur les systèmes de santé et, par extension, sur la société dans son entièreté.

Ex.1 : une pneumonie, prise à temps, peut être soignée avec un simple traitement antibiotique à prendre en comprimés (environ 20 €). Par contre, mal ou non soignée, elle peut facilement évoluer, devenir gravissime et entraîner la nécessité d'une hospitalisation de plusieurs jours parfois même en soins intensifs. Il est utile de préciser ici qu'une simple nuit à l'hôpital, sans soins ni examens complémentaires, coûte déjà plus de 600 euros à la société.

Ex.2 : une plaie, soignée à temps, nécessitera la réalisation de pansement et éventuellement d'un traitement antibiotique local ou par comprimé. La durée moyenne du traitement d'une plaie aiguë est évaluée à une dizaine de jours, le coût moyen de ce genre de suivi, en fonction des produits utilisés, variera entre une dizaine et une centaine d'euros. Par contre, mal ou non soignée, une plaie peut rapidement s'infecter, se gangréner et dégénérer. Cela pourra alors entraîner une hospitalisation avec antibiothérapie par voie intraveineuse de même qu'éventuellement une intervention chirurgicale. Dans les cas les plus graves, les conséquences pourront être une amputation voir même le décès de la personne.

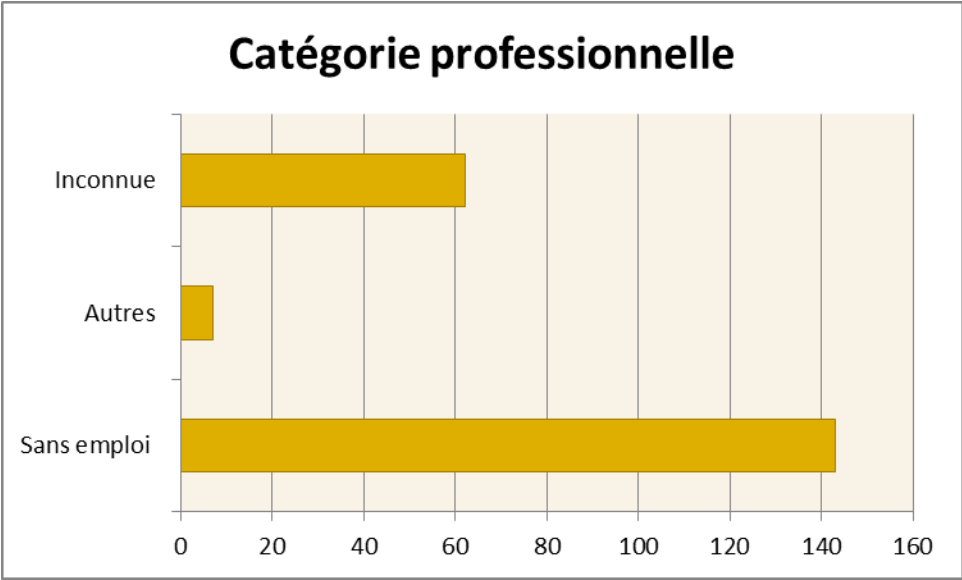
Ex.3 : Une personne épileptique, pourra, si elle est en ordre de mutuelle, bénéficier gratuitement d'un traitement antiépileptique. La Dépakine Chrono® 500mg est effectivement intégralement prise en charge par la sécurité sociale en cas de couverture par une mutuelle. Par contre, la personne qui n'est pas en ordre devra s'acquitter de 12,43 € par boîte de 60 comprimés sachant qu'un traitement de base nécessite entre 1 et 3 comprimés par jour.



En cas de non-prise ou de prise insuffisante de son traitement, la personne s'expose à des crises d'épilepsie dont les conséquences peuvent aller de la chute (avec ou sans traumatismes : plaies, fracture, sur-accident,...) à l'hospitalisation en service général, aux soins intensifs, voire au décès.

Tous ces éléments mettent clairement en évidence l'importance de la prévention et de la rapidité de la prise en charge des « petits problèmes de santé ». Cela passe bien évidemment par la sensibilisation du public, la répétition des rencontres avec les infirmiers et les professionnels du social (pour informer de l'importance du suivi médical ainsi que le fait d'être couvert par une mutuelle) mais aussi par l'accès financier aux soins et aux traitements.

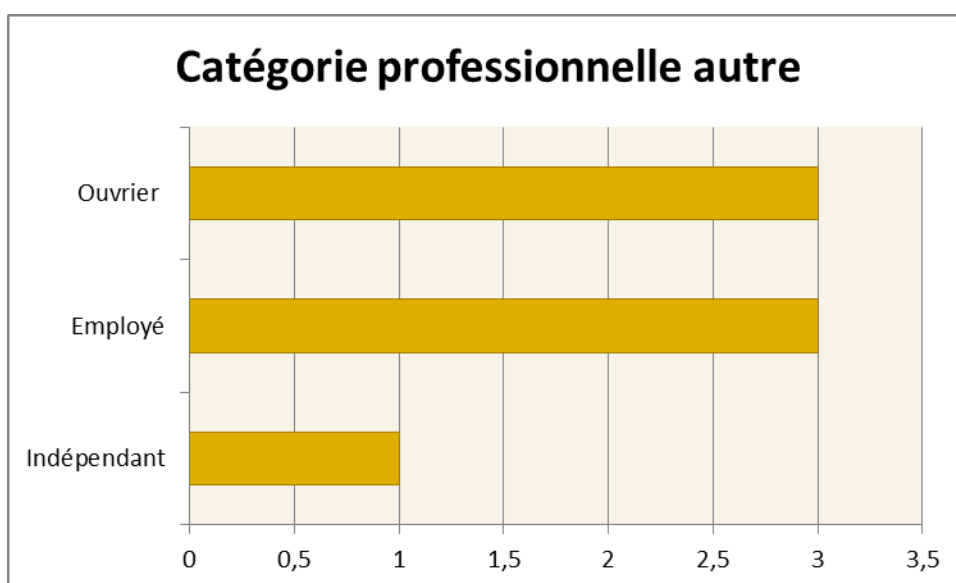
3.9 Catégorie professionnelle



En cohérence avec les chiffres issus des différentes sources de revenus dont disposent les personnes suivies, la majorité est officiellement sans emploi. Pour les personnes dont ce statut est inconnu, on peut supposer qu'elles sont également sans emploi mais cet item n'a pas pu être vérifié et complété avec les personnes lors des soins.

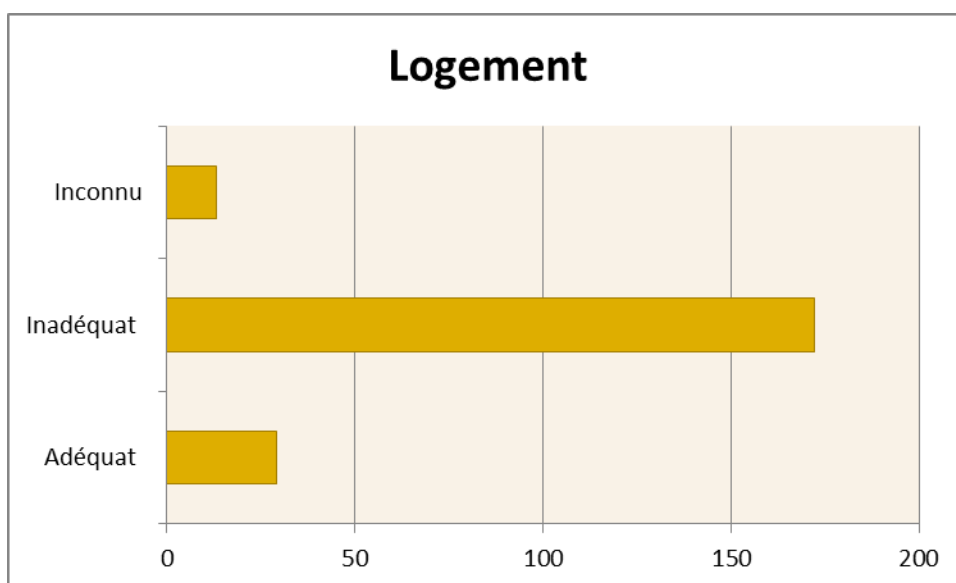
Pour les catégories « autres », il s'agit des personnes encore considérées comme employées ou qui se considèrent encore comme telles mais bénéficiant d'une allocation d'incapacité/invalidité.

3.10 Catégorie professionnelle : autre (lorsque situation d'emploi)



Bien qu'extrêmement marginale, la proportion de patient ayant un statut professionnel se divise comme suit : 3 employés, 3 ouvriers et 1 indépendant. Pour rappel, sont pris en compte les dires du patient. Aucune vérification n'est exercée par le Relais santé.

3.11 Situation de logement



En ce qui concerne le logement, comme pour les années précédentes, la proportion de personnes sans-abris ou mal logée est très importante : 79%. Il est à la fois intéressant et interpellant de noter une diminution de ce chiffre, la proportion de personnes disposant d'un logement dit « adéquat » est en nette augmentation. En effet, contre 5,5% les 3 années



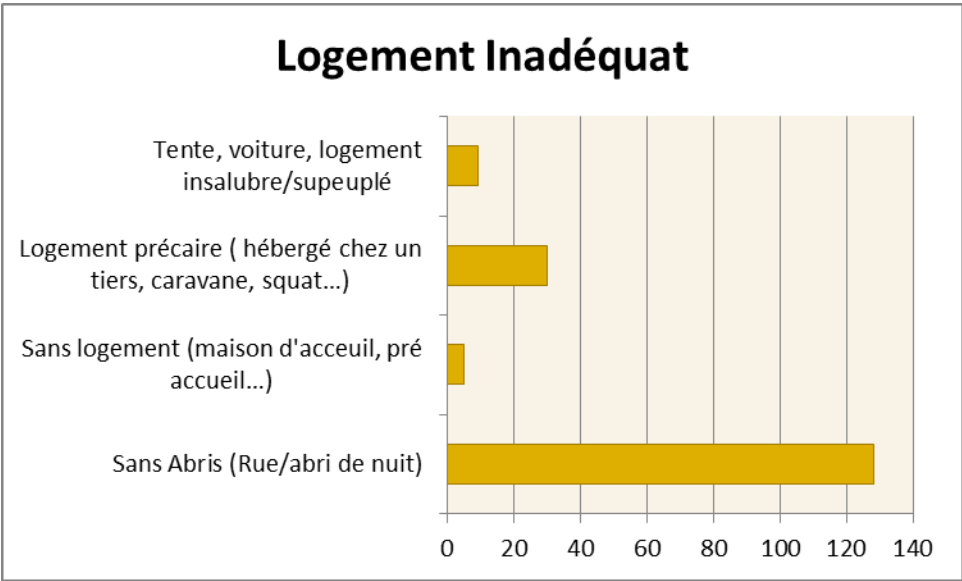
précédentes, 13,3% des patients rencontrés cette année bénéficiait de ce type de logement, soit une augmentation de 7,8%.

Or, ces personnes, pourtant bien logées (en fonction de leurs dires et dans certains cas des observations directes de l'équipe) n'auraient donc pas accès à des soins de santé satisfaisants sans passer par le Relais santé. Etant donné que ce dernier met un point d'honneur à ne pas se substituer au réseau, on peut donc affirmer que ces 13% de personnes suivies n'auraient pas de suivi de santé sans le Relais santé. Ce point est extrêmement interpellant car jusqu'ici, le public majoritaire suivi au Relais santé était sans-abri.

Cette situation de logement explique les difficultés d'accès aux soins et au suivi de santé. Les besoins sont en effet beaucoup moins détectables tant que la personne ne fait pas elle-même la démarche proactive de s'adresser à un service social. Il sera donc particulièrement important de vérifier si cette tendance se vérifie dans les années suivantes car cela pourrait mettre en évidence de nouvelles problématiques et/ou de nouveaux freins dans l'accès aux soins de santé.

Une petite précision mérite tout de même d'être apportée pour nuancer ce constat, plusieurs patients sans-abri suivis depuis plusieurs années par le Relais santé ont été accompagnés en logement au cours de 2013 et 2014. Lors de la réouverture de leurs dossiers, ils étaient donc passés en situation de logement adapté, tout en nécessitant encore un suivi important de la part du Relais santé. Cette nuance ne concerne toutefois que quelques patients et ne peut expliquer à elle seule l'augmentation de cette proportion de personnes bien logées mais en difficultés par rapport à leurs soins de santé.

3.12 Type et répartition de logement inadéquat



Parmi les personnes ne disposant pas d'un logement adéquat, 59% d'entre elles n'ont pas du tout de logement et alternent les nuitées en rue et à l'abri de nuit.

2% d'entre elles sont hébergées en maison d'accueil/pré-accueil. Cette catégorie de patients est donc, bien que considérée comme sans logement adéquat, hébergée dans des conditions de suivi, de confort et de salubrité satisfaisantes.

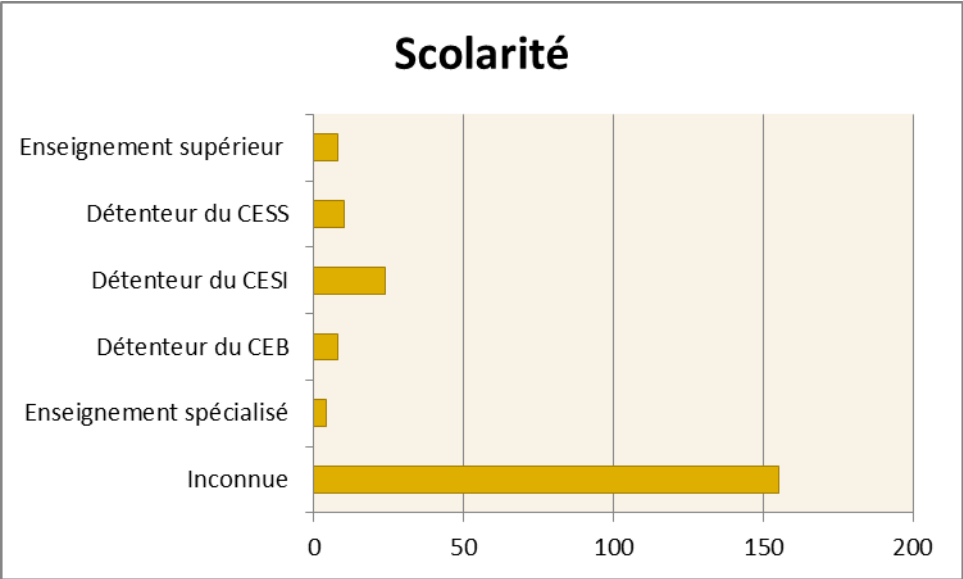
Les 18% restants alternent les différentes possibilités telles que squat, hébergement par des tiers, vie en tente ou en caravane,... Ces solutions alternatives restent le plus souvent totalement inadéquates et très ponctuelles. Elles mettent souvent la santé des personnes en danger et les maintiennent dans un état de stress souvent pratiquement semblable à celui vécu par les personnes en rue.

Ces chiffres sont globalement semblables à ceux des années précédentes en ce qui concerne la répartition des différents « logements inadaptés » utilisés par les personnes sans logement.

Une légère recrudescence de l'utilisation de squat a toutefois été constatée par l'équipe, sans que des chiffres officiels puissent être mis en évidence.

Plusieurs interventions et collaborations du Relais santé ont également été sollicitées dans le cas de mesures d'expulsions concernant des personnes plus âgées dont la situation s'était dégradée au cours des années, que ces personnes disposent ou non d'un suivi médical adapté.

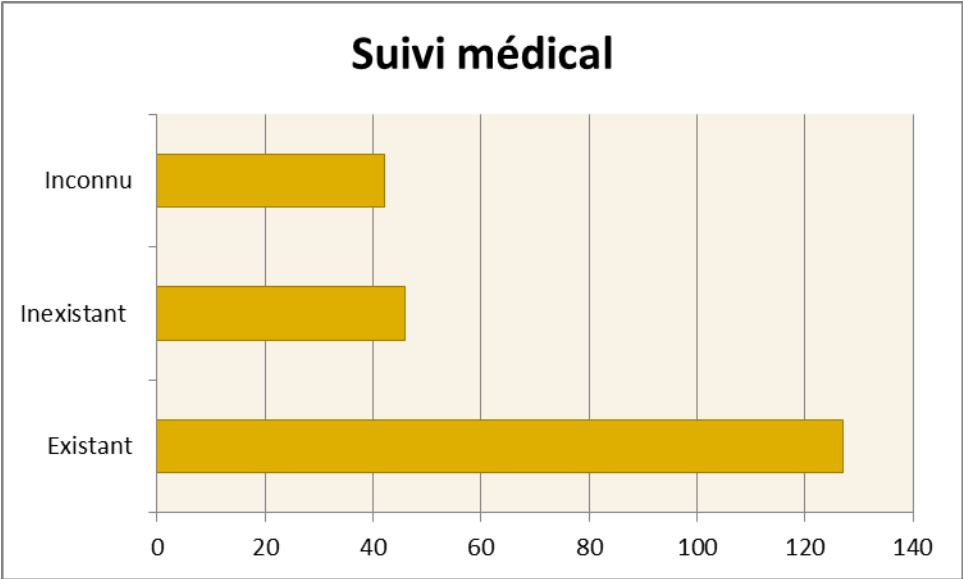
3.13 Scolarité



Ce point reste toujours délicat à aborder avec les patients. Souvent parce que cet item est fréquemment « hors sujet » par rapport à la demande de suivi de soin formulée par la personne lorsqu'elle pousse la porte du Relais santé mais aussi parce que, fréquemment, la personne ne sait pas elle-même donner cette information. Cela pourrait laisser présager un parcours scolaire incomplet et chaotique mais il ne s'agit là que de supposition.

Parmi les personnes pouvant répondre à la question, la répartition est assez hétéroclite : 10% ont terminé leurs études secondaires inférieures, 4,5% leur secondaires supérieures et 3,6% disposent d'un diplôme de l'enseignement supérieur (universitaire ou non-universitaire). Seuls 3,6% ne disposeraient officiellement que de leur Certificat d'Etude de Base. Enfin, 2% des patients ont suivi l'enseignement spécialisé. Il est probable que ce chiffre soit supérieur en réalité mais cette information est d'autant plus difficile à obtenir. Ce chiffre est relativement inférieur à celui des années précédentes. Il sera donc utile de vérifier au cours des prochains rapports si cette diminution est ponctuelle ou se vérifie. Par contre, une grande nuance est à apporter par rapport à cette donnée dans le sens où plus la personne semble en difficulté intellectuelle, et plus la question du parcours scolaire peut sembler déplacée par rapport au suivi de soins.

3.14 Suivi médical existant ou non

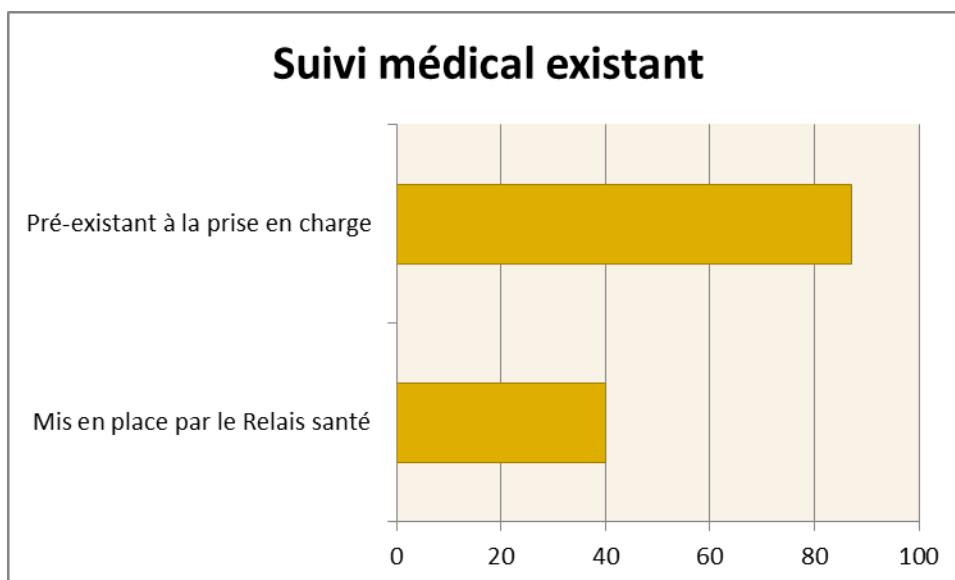


58,5% des patients suivis par le Relais santé disposent d'un médecin traitant mais la localisation géographique ou financière ne permet pas toujours l'accès à la consultation médicale en cas de problème physique. Ce chiffre est important car il rejoint directement une des missions premières de l'équipe.

Pour les autres patients, l'absence de suivi médical officiel avec un médecin traitant peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- 1) Impossibilité financière d'avoir accès à un médecin en cas de séjour irrégulier et/ou de refus de demander l'AMU auprès du CPAS pour des raisons variées comme, par exemple, la peur d'être expulsé du pays.
- 2) Refus de se rendre auprès d'un médecin. Ce cas de figure se rencontre principalement avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques (schizophrénie, syndrome d'auto-exclusion,...). Seul le temps et la mise en confiance progressive ont permis à la personne d'accepter en partie le suivi de l'équipe du Relais santé. Par contre, cette acceptation ne va pas jusqu'au médecin traitant. Pour cela, un travail de longue haleine est nécessaire.
- 3) Absence de nécessité urgente de voir un médecin traitant qui conduit une portion des personnes suivies à ne pas réaliser les démarches nécessaires. L'urgence de leur situation au quotidien (trouver à manger, un endroit pour dormir, où être au chaud, assurer sa sécurité,...) n'inclut pas le fait de mettre en place un suivi médical chronique. Pour les urgences, ces personnes se dirigent alors vers les services d'urgence des hôpitaux et/ou le Relais santé. Tout un travail d'éducation et de prise de conscience est alors entamé. Au fil des années, cette démarche s'avère porteuse car les patients connus depuis plus d'un an finissent très souvent par adhérer au système de soins et à « accrocher » avec un médecin traitant proposé via le Relais santé.

3.15 Lorsque suivi médical existant : quelle en est l'origine ?



Cet item est important également car il montre que sur les 58,5% de patients disposant d'un médecin traitant, 68,5% bénéficiaient déjà de ce suivi avant leur prise en charge par le Relais santé. Puisque le Relais santé ne se substitue pas au réseau, la question pourrait alors



être posée de savoir quel est le rôle exact de ce dernier dans le maintien de la santé d'une personne disposant déjà d'un médecin traitant ?

Ce rôle est multiple. D'une part, une personne qui se retrouve en rue développera des besoins spécifiques liés à sa santé face auxquels un médecin traitant n'est pas équipé ou compétent. L'exemple le plus important est tout ce qui concerne les soins des pieds. Réaliser un soin de pieds (bain de pieds, prévention des mycoses ou traitement, pansement,...) n'est souvent pas réalisable en consultation médicale par manque de temps mais aussi de matériel. Une personne en rue aura également souvent besoin de pouvoir prendre une douche avant la réalisation de ses soins (pansement,...) ce qui est également infaisable en cabinet médical.

Le traitement des pathologies contagieuses comme la gale ou les poux... même s'il est réalisé en collaboration avec le médecin dans le cas de la gale, ne pourra se faire intégralement en cabinet médical.

D'autre part, la promiscuité généralement de mise dans une salle d'attente d'un médecin ne sera pas supportable pour certains patients (schizophrénie,...) de même que pour les autres personnes car peut, par exemple, entraîner des remarques vis-à-vis de l'hygiène, du fait de parler tout seul,...

De plus, certains patients éprouvent de grandes difficultés à exprimer leurs besoins, quand ils n'en sont pas totalement inconscients. Le rôle de l'équipe est alors d'aider le patient à en prendre conscience avant, éventuellement d'arriver à formuler une demande. La personne pourra alors être dirigée chez le médecin traitant.

Une autre partie de cette collaboration nécessaire entre le médecin traitant et le Relais santé en vue de soutenir l'accès aux soins de santé des patients est l'accompagnement dans les démarches et les examens médicaux. En effet, livrés à eux même, certains patients, pourtant conscient de la nécessité de les réaliser, n'iront pas effectuer les examens prescrits par le médecin. En effet, les difficultés sont multiples et variables. Elles peuvent aller du sevrage à l'appréhension du regard des autres en passant par l'absence de linge de corps propre ou la peur d'avoir mal.

De plus, lors de la prescription du traitement, lorsque le patient ne fait pas partie d'une maison médicale, il se retrouve souvent seul face aux démarches nécessaires, par exemple, pour l'obtention de son traitement. Le rôle du Relais santé est alors de l'accompagner et de faciliter les démarches nécessaires à l'octroi d'un bon pharmaceutique ou de la mise en place d'un accord de principe entre l'administrateur de bien et la pharmacie. La mise en



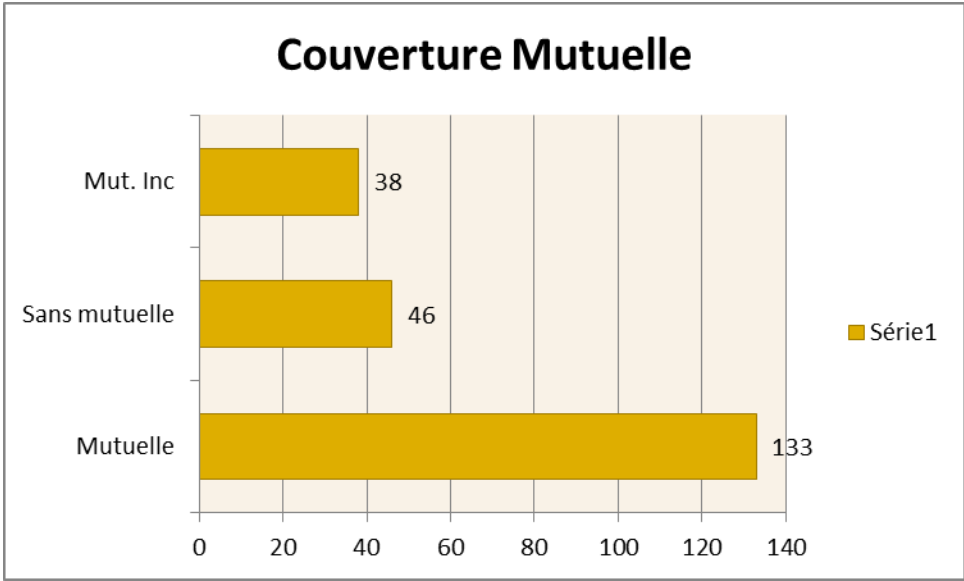
place d'une délivrance quotidienne via la pharmacie ou d'une délivrance pluri-hebdomadaire via le Relais santé sont aussi des démarches couramment réalisées.

Enfin, l'équipe est également là pour venir soutenir la mission du médecin traitant par rapport à l'éducation à la santé et la compliance au traitement, notamment quand celui-ci est lourd et/ou vital Dans le cadre d'un diabète, d'un sevrage, d'un cancer ou encore d'une pneumonie.

L'action conjointe du médecin traitant et du Relais santé est donc une plus-value au niveau du maintien et de l'amélioration de l'état de santé des personnes suivies. Dans tous les cas, l'équipe se ralliera au traitement prescrit par le médecin et encouragera le patient à maintenir et améliorer le lien avec le médecin traitant.

A côté de ce nombre de patients qui disposaient déjà d'un suivi médical préalable à la prise en charge par le Relais santé, il est utile de préciser que, pour les 31,5% restants des patients disposant d'un suivi médical, celui-ci a été mis en place par le Relais santé.

3.16 Statut mutuelle



Sur ce graphique, on voit que 61% des patients disposent d'une couverture mutuelle. Ce point est primordial car il joue un rôle plus qu'important dans l'accès aux soins de santé des patients.

Sans surprise, on constate sur le terrain que l'obstacle financier est le premier frein à l'accès aux soins de santé. Cet obstacle peut se dresser de deux manières :

1. D'une part le patient qui, faute de couverture de mutuelle aura peur de devoir faire face à des frais trop importants et ne réalise donc pas ses démarches de soin (médecin traitant, traitement, examens, interventions,...).

2. D'autre part, le secteur médical qui, sans assurance de rentrer dans ses frais, en vient à refuser ou postposer certains soins, examens, interventions,... parfois pourtant bien nécessaires.

Cette logique, qui peut paraître compréhensible pour certains besoins médicaux « annexes » comme l'esthétique, le confort, la prévention. Cependant, elle devient rapidement caduque lorsqu'il s'agit de soins pouvant éviter de lourdes complications qui, à leur tour, entraîneront une obligation d'hospitalisation qui au final, reviendra plus cher pour tout le monde (la sécurité sociale, l'hôpital, le CPAS local, les contribuables,...) et entraînera parfois des conséquences physiques et/ou psychologiques pour le patient.

La mise en ordre de la couverture par une mutualité est donc un point prioritaire. Les démarches, le paiement des cotisations ou le besoin d'une adresse valable nécessitent souvent la collaboration de plusieurs services sociaux et médicaux, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Enfin, pour l'année 2013, 54% des patients suivis disposaient d'une couverture de mutuelle valable. On note donc une augmentation positive de 7% pour cette année.



4. Récolte des données de l'année 2014 : Les chiffres

Item	Année 2012	Année 2013	Année 2014
Contact personnes rencontrées au Relais Hors permanence	544	526	425
Contact personnes rencontrées au Relais en permanence	1057	1065	1132
Contact Personnes rencontrées en rue hors EMR et institutions	1394 (données communes, non différenciées entre rue et institutions pour l'année 2012)	378	426
Contact personnes rencontrées en institutions hors rue et EMR		2073	1672
Nombre de contacts réalisés en EMR	961	1139	905
Nombre de nouveaux dossiers ouverts	152	156	123
+ Nombre de dossiers ré-ouverts	33	55	94
Total dossiers ouverts sur l'année	185	211	217
Nombre de personnes différentes rencontrées sur l'année	Pas recensé en 2012	883	871
Demandes médicales	996	1237	1103
Demandes santé mentale	243	222	243
Demandes sociales	463	526	403
Demandes soins d'hygiène	169	112	263
Demandes assuétude	23	32	13
Pas de demande initiale	1197	3136	2451
Nombre de relais vers le Relais santé	318	610	607
Nombre de permanences Relais santé	Pas comptabilisé	92	95
Nombre de passage à la P'tite Buwèye	10	27	19



Nombre de contacts réalisés à Li P'tite Buweye	Pas comptabilisé séparément (voir nbre contacts réalisés en institutions hors rue et EMR)	260	146
Nombre de permanences au Resto du cœur	Pas comptabilisé séparément (voir nbre contacts réalisés en institutions hors rue et EMR)	44	46
Nombre de contacts réalisés au resto du cœur	Pas comptabilisé séparément (voir nbre contacts réalisés en institutions hors rue et EMR)	755	704
Nombre de permanence à UMT	Pas comptabilisé	37	26
Nombre de contacts réalisés à UMT	Pas comptabilisé séparément (voir nombre contacts réalisés en institutions hors rue et EMR)	522	238
Nombre de permanence à l'abri de nuit	Inexistant 2012	31	37
Nombre de contacts réalisés à l'abri de nuit	Inexistant 2012	536	584
Nombre de passage à li vi clotchi	3	2	2
Nombre de passage aux 2R	Pas comptabilisé		30
Nombre de participation aux EMR	84	89	70
Nombre de présence en rue hors EMR	Pas comptabilisé	77	59



Soins d'hygiène Soutien	256	241	398
Soins d'hygiène Aide partielle	23	6	16
Soins d'hygiène Aide complète	12	0	6
Soins de bouche	7	3	1
Bain de pieds	136	160	83
Soins des pieds (sans plaie)	167	168	103
Education aux soins d'hygiène	14	2	1
Soutien famille/proche	8	8	7
Soutien professionnels	/	5	6
Prise T°C	24	4	6
Prise TA, Pouls	35	43	9
Prise glycémie	1	4	2
Dépistage parasitaire	24	13	17
Dépistage gale	6	9	15
Education à la santé	133	286	162
Entretien de soutien	1098	1122	1579
Travail compliance au traitement	31	44	20
Travail acceptation soins	23	24	21
Démarche obtention traitement/ rôle propre	7	11	17
Soins lésion dermato sans plaies	31	13	6
Pansement simple	136	99	226
Retrait de fils	10	9	15
Plaie aux pieds	71	51	14
Pansement complexe	2	29	16
Traitement parasitaire	10	7	5
Traitement gale	5	19	13
Injection : sous cutanée	2	16	11
Injection : Intra-musc.	0	0	1
Prise de sang	0	0	0
Soins des yeux	3	4	0
Application crème	70	82	44
Orientation médicale	164	170	166
Relais médical	101	72	51
Accompagnement médical	21	25	25
Aide à la fourniture traitement (hors	32	34	42



AMU, bon pharma)			
Démarche MM et/ou Médecin traitant	26	58	78
Collabo Médicale	64	33	36
Appel 112	9	9	5
Orientation sociale	143	180	171
Relais social	144	126	67
Accompagnement social	25	22	17
Mise en ordre mutuelle	11	28	14
Démarche bon pharmaceutique	12	15	5
Démarche bon médical	2	2	4
Démarche AMU	27	8	6
Démarche carte santé	0	2	2
Collabo. sociale	61	42	69
Orientation assuétude	15	11	21
Relais assuétude	24	11	11
Accompagnement assuétude	1	2	2
Collaboration assuétude	12	4	3
Orientation Santé mentale	29	15	5
Relais santé mentale	34	16	15
Accompagnement Santé mentale	15	2	3
Collabo. Santé mentale	28	8	13
Visite squat	1	2	1
Visite domicile	10	12	37
Relais EMR	0	11	3
Appel police	0	1	0
Soins pédicurie	27	25	37
Don matériel	321	389	552
Repos	Pas comptabilisé	459	833
Visite hôpital	Pas comptabilisé	12	20
Visite lieu de vie	Pas comptabilisé	17	12
Concertation	Pas comptabilisé	9	7
Soins vétérinaires (collabo vétérinaire)	Inexistant 2012	11	32
Collaboration SSM	Pas comptabilisé	Pas comptabilisé	20



		é	
Accompagnement incontinence	Pas comptabilisé	Pas comptabilisé	22
Gestion animal	Pas comptabilisé	Pas comptabilisé	8



5. Constats et analyse des chiffres 2014

5.1 Nombres de contacts réalisés

Ce nombre reste assez semblable aux années précédentes, seuls les lieux et endroits de la prise de ces contacts varient légèrement (plus de personnes rencontrées à l'abri de nuit, moins à UMT et à Li P'tite Buweye, autant aux restos du cœur et au Relais santé).

5.2 Les permanences au dispensaire de soins

Lors du travail réalisé en équipe avec la coordination générale sur les missions et actions prioritaires du Relais santé, il est ressorti que les permanences sont une action vraiment prioritaire à maintenir. Etant donné que les patients du Relais santé sont majoritairement sans-abri et injoignables, tout doit être mis en place pour soutenir leurs initiatives de mobilisations et il serait plus que dommageable qu'un patient trouve porte close alors qu'il se déplace pour l'une des permanences hebdomadaire. La régularité des permanences revêt donc un aspect primordial.

Ainsi, les permanences au dispensaire ont été maintenues dans pratiquement tous les cas. Sur l'année, on compte une moyenne de 12 patients par permanence (contre 11,5 l'année dernière).

La fréquentation du dispensaire est donc stable. Comme pour l'année précédente, les nombreuses permanences institutionnelles extérieures permettent déjà la prise en charge et l'orientation d'une partie des demandes sans que la personne ne doivent nécessairement se déplacer jusqu'au Relais santé.

Sur les 1157 suivis/soins/entretiens réalisés au dispensaire, 73% d'entre eux ont eu lieu lors de permanence fixes. On note donc une augmentation de cette proportion par rapport à l'année dernière. Pour l'équipe, cela s'explique surtout du fait de la bonne connaissance par les patients et les partenaires des jours et heures des permanences mais aussi du fait qu'une part non négligeable de patients déjà connus aient répondu positivement au travail d'éducation à la santé et de mise en confiance réalisé par l'équipe. Il nous paraît également évident que le travail d'éducation à la santé réalisé par l'équipe auprès des personnes présentant le plus de difficulté à respecter cet horaire porte ses fruits. Cet élément met en évidence la réussite du processus de resocialisation des personnes les plus exclues.

De la même manière, un travail d'éducation a été réalisé avec certains patients qui passaient de manière intempestive ou aléatoire au Relais santé, lorsque leur état intellectuel



ou psychiatrique le leur permettait. Bien entendu, cela est toujours discuté en équipe et effectué au cas par cas.

5.3 Le nombre et le type de demandes reçues

Le nombre total de dossiers ouverts a encore très légèrement augmenté cette année (+ 6 dossiers). Le nombre de patients différents rencontré et/ou suivis au cours de l'année a quant à lui très légèrement diminué (moins 12 personnes). On peut donc dire que ces chiffres sont globalement identiques à l'année précédente.

Le type de demandes reçues reste très majoritairement médical. Par contre, les demandes sociales ont nettement diminué alors que les demandes de soins d'hygiène ont largement augmenté. Ce constat est positif car il démontre une bonne connaissance des missions du service. Le nombre de demandes de soins d'hygiène augmenté s'explique par la sensibilisation du public à réaliser des soins d'hygiène avant un soin et l'évolution positive de certains des patients les plus exclus, qui commencent à prendre en charge plus régulièrement leur hygiène personnelle.

Le nombre de demande en santé mentale a légèrement ré-augmenté. Cela peut aussi s'expliquer par les permanences bimensuelles réalisées en collaboration avec le Service de Santé Mentale.

Cette année, 1579 entretiens de soutiens ont été réalisés, soit une augmentation de 40% par rapport à l'année précédente. Cela montre que si le nombre de demandes orientées a diminué, le besoin du maintien du lien de confiance et de relation avec l'équipe du Relais santé a nettement augmenté. Le travail d'éducation à la santé et d'orientation a donc pu être plus investigué et travaillé cette année.

5.4 Les présences institutionnelles

Cette année, quelques modifications ont eu lieu dans l'organisation des permanences institutionnelles. L'équipe ayant plus investi ses présences et suivi aux 2R, certaines autres présences ont été raccourcies ou diminuée.

La diminution de fréquentation par les usagers de certains services a entraîné une remise en question de la fréquence de passage dans ces institutions. En parallèle, une réflexion a été menée au sein de l'équipe, lors de la supervision et des interventions concernant la méthodologie et le maintien de la pertinence du passage fréquent dans certains endroits.



Par exemple, certains lieux regroupent systématiquement des personnes ne rentrant pas dans les critères de suivis. Il a également été discuté en équipe de la pertinence de laisser des lieux « neutres » afin de ne pas « harceler » des personnes déjà bien connues. De plus, le Relais santé étant bien connu par les partenaires, le lien de confiance est présent et les relais se font bien.

5.5 Les soins et actes réalisés

5.5.1 Les soins infirmiers généraux

D'une manière globale, les soins infirmiers réalisés au cours de cette année restent assez semblables aux années précédentes. Quelques items présentent toutefois d'importantes modifications au niveau de leur fréquence :

- Le nombre de soins de plaie et de pansements a nettement augmenté, passant de 99 à 226
- Les entretiens de soutiens passent de 1122 à 1579.
- Le nombre d'aides à la fourniture du traitement a également été plus important
- Ainsi que les démarches vers une Maison médicale ou un médecin traitant.
- Le nombre de dons de matériel et de demande de repos a aussi fortement augmenté.
- Les démarches conséquentes en vue de l'obtention d'un bon pharmaceutique ou d'une AMU ont nettement diminué en deux ans. Cette diminution résulte sans aucun doute de l'amélioration de la collaboration entre les différents services.
- Le nombre de visites au domicile et à l'hôpital a doublé.

Les nombreux actes, soins et suivis réalisés se retrouvent de manière plus complète et sur une période de trois ans au sein du tableau précédent (cf. partie 4 : récolte de données)

5.5.2 Une particularité : la pédicurie médicale

Des soins d'hygiène adaptés et une sensibilisation particulière des personnes à la qualité des suivis des soins de pieds entraînent vraisemblablement une diminution de la fréquence de ce type de soin. L'équipe a également observé une amélioration sensible de l'état général des pieds des patients suivis régulièrement. Elle note toutefois une nette augmentation des soins de pédicurie spécifique ; 37 cette année contre 25 en 2014.



5.5.3 La permanence vétérinaire

Cette permanence mérite un point à elle seule car elle rencontre un réel besoin qui, jusque-là restait sans réelle réponse.

Celle-ci est maintenant bien connue par les partenaires, y compris les différents services du CPAS tels que le service de l'aide individuelle ou encore le service accompagnement. Ainsi, les soins vétérinaires réalisés peuvent être proposés aux personnes vivant en rue mais aussi à des personnes en situation de grande précarité financière qui, sans ce service, ne pourraient faire examiner leur animal.

Pour 11 consultations en 2013, 32 se sont déroulées en 2014. Les animaux pris en charge ont été principalement des chiens, suivis par les chats. Les demandes concernent des vaccinations, la castration, le traitement contre les puces mais aussi des examens de routine ou un traitement pour des problèmes cutanés.

5.6 Les constats spécifiques / vignettes cliniques

5.6.1 vignette clinique 1 : L'hygiène générale des personnes suivies

Madame L. vit en rue depuis de nombreuses années. Elle souffre de schizophrénie à un stade très important, n'est pas traitée, refuse l'accès aux différents services de soins, n'a aucune conscience de ses problématiques et présente une hygiène générale extrêmement lacunaire. Cette mauvaise hygiène corporelle est très handicapante pour Madame. En effet, elle se fait refuser ou poses de grosses difficultés dans les quelques services où elle accepte parfois de passer (restaurants sociaux, services sociaux,...).

Les premières rencontres avec Madame se passent en rue ou dans les bois. Elle accepte difficilement le contact et se montre extrêmement méfiante. Au fil des mois, elle semble de plus en plus à l'aise avec l'équipe, jusqu'au jour où elle finit par passer la porte du Relais santé. Dans un premier temps, face au refus de prise en charge, seules des tasses de café lui sont proposées ainsi que, de temps à autre, un vêtement propre et sec qu'elle accepte mais refuse d'enfiler au dispensaire.

Au fil du temps (années) Madame accepte d'être suivie par l'équipe infirmière du Relais santé. Elle accepte de plus en plus souvent les soins proposés comme des soins et des bains de pieds, une douche, un change, un pansement,...

L'évolution positive de son aspect et de son hygiène entraîne également un changement favorable dans la manière dont les autres la perçoivent. Ainsi, au fil du temps, l'équipe a constaté que Madame fréquentait de plus en plus d'autres services. Sa perception, d'elle-même, bien que déformée par la maladie mentale, s'est



améliorée. Elle prend d'avantage soin d'elle et surtout, est plus à l'écoute de ses sensations corporelles, positives comme négatives.

Récemment, elle a émis le souhait que nous lui coupions les cheveux. Après quelques entretiens où elle reformulait la demande mais postposait sa concrétisation, elle en a finalement demandé la réalisation.

Dernièrement, nous avons pu accompagner Madame à un souper de Noël, organisé par une association. Madame s'est habillée en conséquence, a accepté que nous la maquillions légèrement et avait même pris quelques produits de beauté personnels afin de participer à sa préparation. Elle a respecté le cadre et l'horaire posé, et le repas s'est passé de manière agréable alors que plusieurs centaines de personnes étaient présentes. Cette chose n'aurait pas été envisageable il y a encore un peu plus d'un an, tant pour des raisons d'hygiène que de suspicion vis-à-vis des autres.

D'une manière plus générale, l'équipe a pu noter une réelle amélioration de l'état d'hygiène globale des personnes connues de longue date (plus d'un an de suivi).

Certains patients suivis depuis plusieurs années ont ainsi récupéré un niveau d'hygiène personnelle beaucoup plus satisfaisant pour eux et ce, même sans modification de leur situation de sans-abrisme. Ce genre de situations nous permettent d'objectiver qu'un renforcement régulier, doux et adapté, de l'image de soi et des conseils de soins d'hygiène peuvent être porteurs à moyen et long terme.

D'autre part, le fait que l'abri de nuit dispose de plusieurs douches adaptées et la qualité des relais vers Li P'tite Buweye ont grandement favorisé l'accès à l'hygiène ainsi que le maintien de ces habitudes malgré le contexte de vie défavorable à l'hygiène des personnes sans-abri.

Cette notion d'amélioration de l'hygiène est très importante pour l'équipe car elle entraîne de nombreuses répercussions positives, bien au-delà de la santé physique : estime de soi, accès à certains lieux public, regard de l'autre, stigmatisation,...

Au niveau des chiffres, cette amélioration générale de l'hygiène des patients se marque par une augmentation importante du nombre de douches fournies cette année. En parallèle, le nombre de bains de pieds seul a diminué. Cela s'explique par le fait que l'équipe utilise la proposition du bain de pieds comme prémices aux soins d'hygiène. Nous avons constaté qu'il est, en effet, souvent plus facile pour la personne d'accepter un « petit » bain de pieds qu'une douche ou un bain lorsque ces gestes ne sont plus habituels pour elle.

Au fil du temps, puisque l'équipe du relais n'impose rien, la personne peut alors prendre conscience à son rythme de tout le bien-être que peut apporter le fait de tremper ses pieds dans l'eau chaude et de prendre soin d'elle.



Ainsi, petit à petit, l'idée de prendre un bain ou une douche devient moins stressante, moins brutale, jusqu'au moment où ce soin est accepté et doucement intégré dans le mode de vie de la personne.

Cependant, ce processus est lent et nécessite de fréquents retours en arrière.

Le fait pour la personne de se sentir respectée dans sa demande de repasser au bain de pieds et de refuser la douche proposée permet de la rassurer et de renforcer le lien de confiance créé avec l'équipe.

Enfin, si l'item « éducation aux soins d'hygiène » n'est pratiquement jamais coché, c'est pour le simple fait que l'hygiène est abordée de manière très régulière mais douce et souvent détournée au cours des nombreux entretiens de soutiens.

5.6.2 Vignette clinique 2 : la précarité masquée et l'importance de la « double accroche »

Mr G., petit monsieur trapu et grisonnant d'une soixantaine d'année, se promène souvent, un dossard de sécurité sur le dos, aux alentours du trajet qu'un travailleur du Relais santé emprunte chaque matin pour rejoindre son lieu de travail. Et chaque matin, depuis plusieurs semaines, l'infirmière du Relais santé et Mr G. se saluent poliment en échangeant de temps à autres quelques mots. Lors d'une de leurs nombreuses rencontres, ce dernier lui explique avoir fréquenté la Croix Rouge en tant que secouriste et adorer le secteur de l'aide à la personne et des soins.

Un beau jour, Mr G. interpelle la travailleuse du Relais santé. Sachant que celle-ci est infirmière, il la questionne sur la possibilité d'obtenir l'une ou l'autre compresse afin de pouvoir réaliser le soin de plaie de sa compagne.

Suite à cette demande, l'infirmière du Relais santé interroge Monsieur sur l'état de santé de sa compagne. La discussion prend fin, l'infirmière lui propose d'effectuer une visite au domicile afin d'évaluer la situation. Mr G. accepte et lui propose de passer dans le courant de la semaine.

Quelques jours plus tard, deux infirmiers du Relais santé se rendent comme prévu au domicile du couple.

Dès l'ouverture de la porte d'entrée, une odeur de tabac froid et d'humidité domine la pièce. Une fois à l'intérieur, nous nous retrouvons dans une petite pièce jonchée de nombreux objets recouvrant de part et d'autre les murs de la pièce, ceux-ci témoignant d'un passé rempli de souvenirs. A l'entrée de cette pièce, face à la baie vitrée donnant sur la rue, seule et unique fenêtre de l'habitation, se dresse un fauteuil et un divan recouverts de draps sur lequel la compagne de Mr G. et ses deux chiens, sont installés. L'ensemble est extrêmement sale et brunâtre. L'odeur est difficilement soutenable.

Visiblement de notre visite, la compagne de Monsieur, Madame J. s'empresse de se lever et de nous saluer. Ses deux petits chiens, à l'allure négligée, s'empressent également de nous souhaiter la bienvenue.



Petite femme à l'allure frêle, elle fait pourtant preuve d'une grande vitalité, malgré les quelques années de plus que son compagnon. Elle nous informe avoir subi plusieurs interventions chirurgicales et que, suite à cela, une petite plaie s'est formée le long de sa cheville gauche.

Mme J. nous décrit la plaie comme difficile à guérir et nous confie avoir déjà fait appel à des infirmières à domicile. Ces soins n'ont pas pu être menés à terme pour cause de moyens financiers insuffisants.

Etant donné la gratuité de notre service ainsi que la situation de grande précarité, nous proposons à Mme un passage régulier afin d'effectuer un suivi adéquat de la plaie. Elle marque vivement son accord.

Madame a déjà été amputée de plusieurs orteils suite à des plaies mal soignées, bien qu'elle ne soit pas diabétique. Le suivi des soins s'est donc révélé plus que nécessaire et même vital, évitant une septicémie ainsi qu'un risque d'amputation.

Avant de quitter le logement du couple, Madame insiste pour nous faire visiter l'habitation...

De prime abord, elle nous fait part de ses craintes concernant l'humidité et l'absence de moyens de chauffage dans le logement, tout en nous montrant pièce après pièce des murs et plafonds rongés par la moisissure (avec présence de mэрule avérée) qui menacent de s'effondrer. Un chauffe-eau est également entouré d'une banderole de sécurité mise en place par la police. Celle-ci avait été posée suite à une fuite de gaz ayant nécessité un traitement des deux locataires dans un caisson hyperbare dans la région du Hainaut...

Aujourd'hui, madame profite d'un logement bien plus sain et sécuritaire que le précédent et ce, suite à un relogement forcé consécutif à la procédure d'expulsion de leur ancienne habitation. Concernant Mr G., il est malheureusement décédé d'un cancer pulmonaire diagnostiqué quelques jours après l'expulsion...

Cette situation, peu commune, survenue durant l'année 2014 témoigne du caractère insidieux que peut prendre la précarité ! En effet, ce couple, bien qu'ayant un logement, des revenus, un médecin traitant ainsi que deux administrateurs de biens est facilement passé inaperçu des services sociaux. Jusqu'ici, aucune plainte n'avait été émise de la part du couple. Celui-ci disposant d'un logement privé, bien qu'insalubre, aucun service social du namurois ne pouvait donc être informé de cette situation alarmante.

De même, lors des premiers contacts avec Mr G., l'aspect vestimentaire négligé de ses vêtements mis à part, à aucun moment l'infirmière du Relais santé n'a soupçonné qu'il pouvait être un client potentiel du service.

En le saluant chaque matin lors de son passage en rue, elle pensait juste faire preuve de sympathie et de politesse vis-à-vis du voisinage. L'attitude ouverte adoptée a permis à Monsieur de se sentir en confiance et a finalement fait émerger un besoin non détecté/inexprimé (et indétectable) de prime abord.



Cet exemple est une parfaite illustration de la portée et des bénéfices que peuvent engendrer la double accroche, le travail de rue et l'outreaching.

« En allant vers », en n'attendant pas uniquement que la personne fasse le premier pas, en ne se basant pas uniquement sur le fait qu'aucun besoin n'est détecté ou exprimé, des problématiques et des besoins finissent souvent par émerger.

Attention, on ne crée pas ici le besoin, loin de là. Il s'agit d'une mise en confiance permettant à la personne de faire le point et d'arriver à exprimer des besoins et des problématiques qui la touchaient déjà bien avant la rencontre mais qui n'étaient pas exprimable par peur du jugement et des conséquences, ou sur lesquels la personne n'avait pas vraiment pris le temps de se pencher.

Dans la vignette n°2 la problématique était d'ailleurs bien connue de Monsieur depuis le départ mais par peur que l'on ne doive à nouveau amputer des orteils ou une partie du pied de Madame en urgence, Il réalisait lui-même des pansements de fortune avec ses moyens et de manière totalement non-aseptique.

Or, en matière de santé, il n'est plus à prouver que la prévention ou le traitement précoce sont beaucoup plus efficaces à tout point de vue puisqu'ils sont moins chers, moins invasifs, moins douloureux, moins longs, moins handicapants, laissant moins de séquelles, entraînant moins de récurrences,...

5.6.3 Vignette clinique 3 : le besoin criant d'un lieu d'accueil adapté

Monsieur D. a la cinquantaine. Son histoire passée est un peu floue. Nous le rencontrons régulièrement en rue, en compagnie de personnes sans-abri ou mal logées lorsque lui-même faisait la manche. Il disposait à l'époque d'un logement qu'il partageait avec une compagne. Monsieur consommait de l'alcool de manière régulière mais « régulée ». Le logement étant insalubre, le couple reçut finalement un avis d'expulsion. En raison de l'état de santé précaire de sa compagne, des dérogations lui furent délivrées pour qu'elle ne se retrouve pas en rue.

Un jour, Monsieur fit une plus mauvaise chute que d'habitude et il se fractura la jambe en plusieurs endroits. Conduit à l'hôpital, il fut plâtré, hospitalisé quelques jours et puis sortit de l'hôpital.

Le plâtre montait jusqu'au-dessus du genou et Monsieur était plus que limité dans ses déplacements. Ses conditions de vie l'empêchant de respecter le repos prescrit, Il déambulait tant bien que mal toute la journée, sans pouvoir s'allonger ni surélever sa jambe. La douleur résultant de ces efforts contre-indiqués est vite devenue insupportable et l'alcool devint le principal antidouleur pour calmer son mal.

Aucune solution efficace ne fut trouvée. En effet, l'abri de nuit remettant en question l'accueil de Monsieur en raison de son autonomie fortement diminuée, les hôpitaux refusant d'hospitaliser Monsieur pour une



pathologie qu'ils estimaient totalement dépourvue d'indication d'hospitalisation, les maisons d'accueil n'étant pas adaptées à la situation médicale et ne pouvant gérer les consommations de Monsieur. Dès lors, des solutions au jour le jour ont dû être mises en place, sans pour autant être confortable pour Monsieur ni lui permettre d'allonger et de surélever sa jambe pendant la journée. Cette situation l'a amené, à plusieurs reprises, à passer la nuit dehors, en plein mois de décembre, alors que les conditions climatiques étaient propices aux hypothermies.

Heureusement, à ce jour, Monsieur va mieux. Les contacts étroits mis en place avec plusieurs services sociaux et médicaux se révèlent porteurs et Monsieur a nettement diminué ses consommations et se montre proactif dans ses démarches.

Cette situation pose, une fois encore, la question de l'hébergement sur Namur des personnes en situation de « revalidation ». Qu'en est-il des alternatives que nous pourrions proposer aux personnes souffrant d'une pathologie médicale ne justifiant pas une hospitalisation mais nécessitant tout de même une prise en charge médicale particulière ?

On peut mettre en évidence que, pour toute une série de pathologies ou situations médicales (grossesse, membre plâtré, convalescence, pneumonie, fièvre importante,...), un lieu de repos adapté serait nécessaire. Certes, aucune surveillance médicale particulière n'est exigée dans ces situations de la vie courante, mais l'accès à un lit sur des périodes plus longues que celles proposées par l'abri de nuit ne serait que bénéfique pour le rétablissement des personnes. En effet, une personne reposée se rétablit plus vite du fait qu'elle se fatigue moins. Elle est donc plus active dans ses démarches, et surtout elle développera moins vite des complications à long terme qui entraveraient d'autant plus sa réinsertion.

A ce jour, aucune solution pérenne n'est disponible sur le réseau namurois. Les différents services doivent systématiquement trouver les alternatives les moins néfastes pour le patient et ce, à chaque nouvelle situation.

5.6.4 Vignette clinique 4 : un cas particulier ; « le public fragile parmi les personnes déjà fragilisées »

Monsieur H. est un homme d'une cinquantaine d'années assez grand et costaud, bien connu des services sociaux namurois. En effet, il vit une situation faite d'alternance entre passages en rue et en institutions psychiatriques depuis une dizaine d'années. Cela fait maintenant quelques mois qu'il est à la rue et qu'il fréquente l'abri de nuit. Il présente un état psychologique fragile et consomme régulièrement de l'alcool à forte dose.



Cependant, ces derniers mois l'état de Monsieur s'aggrave, sa surconsommation d'alcool lui fait courir de plus en plus de risques en matière de santé à cause des effets secondaires et délétères de l'alcool (ajoutés à un risque d'hypothermie important). En effet, en rue et livré à lui-même, il boit jusqu'à ne plus tenir debout, ce qui entraîne inévitablement des chutes, des « comas » ou de la somnolence à même le sol, souvent par des températures négatives.

De plus, monsieur est régulièrement victime d'agressions et de vols. Cette situation l'oblige à devoir régulièrement passer aux urgences ou y être conduit en ambulance.

Il s'agit toujours de brefs passages visant à recoudre ou panser les plaies de Monsieur mais jamais d'hospitalisations à plus long terme. En quelques jours, Monsieur devient méconnaissable tant son visage est tuméfié et déformé par les coups.

Ce qui inquiète le plus l'équipe du Relais santé est que, lors de l'ouverture de l'abri de nuit, Monsieur est tellement imbibé qu'il est incapable de s'y rendre. Vu le contexte hivernal et les températures très basses, il est fréquemment « ramassé » par les travailleurs sociaux en vue de le conduire à l'abri de nuit et ainsi éviter une hypothermie qui pourrait être mortelle.

Les entretiens avec Monsieur sont difficiles dans ce contexte d'alcoolisation quasi permanente. Lorsqu'ils ont lieu le matin quand monsieur est à jeun, elles ne portent que très peu leurs fruits car celui-ci semble très peu conscient de son problème d'alcool. En effet, il nous répète des informations aussi vagues qu'irréalistes sur un éventuel logement.

Le cercle vicieux dans lequel Monsieur est actuellement entraîne une incapacité à prendre des décisions qui permettrait une évolution positive de la situation.

Cependant, aucune mesure coercitive n'est applicable dans cette situation étant donné l'absence de maladie mentale. De plus, Monsieur ne souhaite pas traiter sa problématique d'alcool pour l'instant.

Cette vignette clinique questionne l'équipe du Relais santé sur le principe, plus qu'actuel, d'autonomie de la personne et du droit au refus de soin en opposition aux devoirs moraux des travailleurs psycho-médico-sociaux.

En effet, jusqu'où peut-on laisser une personne s'enfoncer et s'auto exclure sans intervenir pour ne pas nuire à son autonomie ?

Ou plutôt, comment intervenir quand une personne se met manifestement en danger sans mettre à mal la relation de confiance, *a fortiori* quand il n'existe aucun recours légal pour contraindre la personne à se soigner ?

Ce cas de figure est très souvent rencontré dans le cadre du suivi de personnes en grande précarité et/ou sans-abri.



Ces différentes notions et questions éthiques et déontologiques sont abordées de manière régulière lors des séminaires, des réunions de suivis et d'Intervision. Au final, aucune réponse valable n'existe de manière systématique. Il s'agit toujours de réponses au cas par cas, réalisées en concertation avec les différents services sociaux et médicaux locaux.

Cet exemple, comme tant d'autres, illustre parfaitement la nécessité d'une réflexion et d'une réponse adaptée face aux personnes les plus fragiles parmi les personnes déjà fragilisées.

5.6.5 Autre constat, les facteurs de mortalité/morbidité réels constatés

Quand on aborde les facteurs de morbidité liés à la vie en rue, il n'est pas besoin d'être travailleur social ou médical pour penser aux éléments les plus logiques : conditions climatiques difficiles, agressions, consommation d'alcool et/ou de drogue, non traitement des plaies et infections, malnutrition, troubles psychiatriques,...

Or, au fil de cette année, l'équipe a été confrontée à plusieurs accompagnements de personnes en fin de vie. Ces personnes au parcours de rue de plusieurs années chacune, se retrouvaient en soins palliatifs en raison non pas des éléments abordés plus haut mais bien du tabac.

En effet, le nombre de cancers pulmonaires détectés en phase terminale cette année chez des personnes sans-abris est important sur Namur. On peut dire avec certitude et diagnostics médicaux à l'appui que 3 patients en sont décédés cette année et deux patients supplémentaires ont été diagnostiqués fin d'année comme souffrant d'un néo pulmonaire en stade avancé ou terminal.

Proportionnellement, cette pathologie fut donc la plus meurtrière cette année (en parallèle, les trois autres décès constatés parmi les patients ont été dus à une overdose accidentelle, un cancer hépatique non alcoolique et un cancer hépatique d'origine alcoolique).

Au total, sur la totalité des 8 patients décédés cette année ou placés en soins palliatifs, 7 l'ont été pour une pathologie cancéreuse en stade très avancée dont 5 liées à la consommation régulière de tabac depuis de longues années.

Certes, quand on sait que le quotidien des personnes sans-abris comporte beaucoup d'impératifs autre que la santé (se loger pour la nuit, manger aujourd'hui, éviter les agressions, trouver de quoi s'habiller, trouver sa consommation, réaliser les démarches nécessaires à l'octroi ou au maintien de son revenu) et que même des problématiques importantes et/ou vitales à moyen terme (épilepsie, pneumonie, plaies infectées, fractures,...) ne sont pas une priorité pour elles, qu'en est-il alors du tabac ?



La question reste ouverte et l'équipe se penchera dessus au cours de l'année 2015. Les chiffres révélant une problématique jusque-là négligée et sous-estimée, il nous semblait donc important de la mettre en évidence et de l'approfondir dans les mois et années à venir.

6. Evaluation de l'atteinte des objectifs 2014

Objectif général 1 : Assurer les premiers soins aux personnes en grande précarité		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
1a : Assurer la réalisation des permanences infirmières prévues au sein du dispensaire	1a : permanences prévues au dispensaire assurées à 95% quand l'équipe est au complet	OUI – Les permanences sont l'activité prioritaire de l'équipe du Relais santé et, hors jour férié, sont maintenues <i>95 permanences réalisées sur l'année sur 97 prévues avec une moyenne de 12 patients par permanence. Les permanences ont donc été assurées à 98%</i>
1b : Réaliser le suivi de soins individuels sur rendez-vous hors permanences	1b : INFO : Nombre de suivis de soins réalisés hors permanences	OUI – Dès que besoin, des rendez-vous sont fixés au dispensaire en dehors des moments de permanence. <i>425 soins/suivis réalisés hors permanence</i>

Objectif général 2 : Veiller à la création et au maintien du lien avec le public cible		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
2a : Pratiquer l'outreaching	2a : participation aux EMR prévues à raison de 85% minimum	OUI – <i>70 participation aux EMR ont eu lieu sur les 97 prévues, ainsi que 59 passages en rue hors EMR. Soit une réalisation des EMR à 72% complétée par une moyenne de 1 à 2 passages en rue supplémentaire par semaine entre membres du Resa + participation à une formation en travail de rue de plusieurs jours.</i>
2b : Assurer les présences et permanences institutionnelles prévues	2b : participation aux permanences institutionnelles prévues à raison de 85% des	Partiellement – les permanences Resto du cœur n'ont été annulées qu'à 3



	présences prévues.	reprises sur l'année. Par contre, les permanences UMT et ADN ont été plus fréquemment bousculées en raison de manque de personnel (maladie) ou d'imprévus surgissant lors du travail de rue préalable en soirée (acc. vers les urgences, situation de crise en rue, besoin de suivi au 2R,...). A cela, il faut également ajouter les périodes de fermetures des différents services. Au total, 46 permanences ont été réalisées aux Resto du cœur, 26 à UMT et 37 à l'ADN. Il faut ajouter à ces chiffres 30 passages formels au 2R.
2c. Etre vigilant aux endroits fréquentés par le public-cible	2c. Visite de lieux pour évaluer la pertinence d'un passage potentiel	OUI – Ces passages sont effectués régulièrement et un listing des personnes « fragiles » est tenu à jour.
2d. Travailler la relation de confiance avec les patients	2d. Régularité des permanences 2d. Nombre d'entretiens de soutien	OUI – les permanences fixées sont maintenues autant que possible. Cette année, 1579 entretiens de soutiens ont été réalisés, soit une augmentation de 40% par rapport à l'année précédente.

Objectif général 3 : Prendre en charge les besoins de la personne		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
3a. Ecouter et analyser la demande	3a. Prendre en compte la santé globale dans ses dimensions - Physique - Mentale - Santé sociale	OUI – Les patients sont accompagnés de manière globale (cf. chiffres).
3b. Mettre en évidence les besoins prioritaires	3b. Méthodologie interne	OUI – La méthodologie du Relais santé a été retravaillée et peaufinée en cours d'année, une formation en travail de rue de plusieurs jours a également été suivie.
3b. Relayer au réseau en fonction des besoins identifiés	3b. Nombre de relais	OUI - Le Relais santé garde cette mission comme prioritaire afin d'autonomiser les personnes et de ne pas se substituer au réseau. <i>Au total, 507 orientations et</i>



		relais (hors accompagnements physiques) ont été réalisés
--	--	--

Objectif général 3 : Etre vigilant à la santé mentale globale du public cible		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
3a : Connaître le réseau existant en matière de santé mentale sur le Namurois	3a : Au minimum une rencontre avec 5 services existants	OUI – plusieurs services ont été rencontrés cette année <ul style="list-style-type: none"> - La clinique de l'exil - ANA - Pléiades - EMISM - SSM Astrid - Sésame
3b : Collaborer étroitement avec les différents services existants en suivi psychiatrique et de santé mentale sur le namurois	3b : INFO : nombre de relais, accompagnements et/ou orientations vers le réseau en santé mentale 3b : réalisation à 85% des permanences prévues en collaboration avec le service de santé mentale.	OUI – les permanences prévues avec le SSM ont été réalisées, les patients sont bien informés de ce service supplémentaire. 23 orientations/relais/acc. vers les partenaires en santé mentale ont été réalisés ainsi que 13 collaborations

Objectif général 4 : Connaître / collaborer / Orienter avec le réseau existant		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
4a. Connaître et orienter vers le réseau en matière de santé physique et assuétudes	4a. Au minimum une rencontre avec 3 services existants : <ul style="list-style-type: none"> - Service d'urgence du CHR - Sésame - MM Bequet Médic 4a. Relais vers /collaborations / orientations avec les services de santé 4a : Répertoire disponible et mis à jour de toutes les institutions existantes sur le namurois	Partiellement atteint au niveau des rencontres : Le service de Sésame a été rencontré ainsi que le comptoir d'échange rue des Brasseurs. Par contre, aucune rencontre n'a pu être fixée avant la fin de l'année avec la MM de Bequet Médic ni avec les urgences du CHR. Les démarches sont en cours. OUI au niveau de la connaissance du réseau : Le réseau est bien connu et les relais/orientations/accompagnements et collaborations nécessaires sont réalisés dès que possible. Ainsi, au niveau des assuétudes 21 orientations ont été réalisées, 11 relais, 3 collaborations et 2 accompagnements physiques. Au niveau de la santé physique, ont été réalisés 166 orientations, 51 relais, 25 accompagnements physiques, 36 collaborations et 78 démarches vers une MM ou un médecin traitant.
4b : Connaître et orienter vers le réseau	4b : Au minimum une rencontre avec 5	OUI : les missions et actions des différents services sont connues. Les



<p>existant en matière de santé mentale</p>	<p>services existants</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANA - Pléiades - EMISM - Exil - SSM Astrid <p>4b. Relais vers /collaborations avec les services du secteur de la santé mentale</p> <p>4a : Répertoire disponible et mis à jour de toutes les institutions existantes sur le namurois</p>	<p>services prévus ont été rencontrés soit dans leurs locaux (Clinique de l'Exil, Pléiades et le SSM Astrid), soit via l'équipe (ANA et Emism)</p> <p>Les relais et orientations sont réalisés dès que nécessaire/possible. <i>Ainsi au niveau de la santé mentale, 5 orientations ont été réalisées, de même que 15 relais, 3 accompagnements et 13 collaborations.</i></p> <p>Le répertoire utilisé par le Relais santé pour ses orientations en Santé mentale est régulièrement actualisé. L'équipe a aussi participé à la journée des partenaires du Namurois organisée par le RSUN.</p>
<p>4c. Connaître et orienter vers le réseau existant en matière d'action sociale</p>	<p>4c. Au minimum une rencontre avec 2 services existants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arche d'alliance - Service d'aide aux personnes déplacées <p>4c. Relais vers /collaborations / orientation avec les services du secteur de l'action sociale</p> <p>4a : Répertoire disponible et mis à jour de toutes les institutions existantes sur le Namurois</p>	<p>Partiellement atteint au niveau des rencontres prévues :</p> <p>Le Service d'aide aux Etrangers du Nouveau St Servais a été rencontré de même que le CAI. L'Arche d'alliance n'a pas été rencontrée de manière officielle mais plusieurs collaborations fructueuses ont pu avoir lieu avec ce service.</p> <p>Objectif atteint au niveau de la connaissance des services existants et leurs missions :</p> <p>Le répertoire des différents services sociaux est constamment actualisé et différents services ont pu être rencontrés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'aide individuelle du CPAS de Namur ✓ L'équipe éducative de l'abri de nuit ✓ L'équipe du dispositif d'urgence social ✓ Les restos du cœur, y compris son service social <p>L'équipe a également participé à la journée des partenaires du Namurois organisée par le RSUN.</p>
<p>4d : Dès que possible, viser l'affiliation du patient à un médecin traitant</p>	<p>4d : INFO : nombre de nouvelles affiliations à un médecin mis en place par le Relais santé</p> <p>4d: 75% des patients suivis au Relais santé seront affiliés avec un médecin traitant et/ou une Maison Médicale.</p>	<p>OUI- Cette démarche reste une priorité pour l'équipe. <i>78 démarches vers un médecin traitant/une Maison Médicale ont été réalisées et au total, 58.5% des patients suivis disposent d'un médecin traitant. Le chiffre des 75% n'a pas été atteint mais après évaluation, il est jugé utopique d'arriver à ce pourcentage. Toutes les affiliations sont réalisées dès que possible.</i></p>



Objectif général 5 : Favoriser / Rétablir l'accès du public-cible à ses droits		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
5a : Connaître la base du droit social et le réseau existant en matière d'aide juridique ou sociale	5b : INFO : actualisation des connaissances et mises à jour régulières des procédures	OUI – l'équipe actualise régulièrement ses connaissances. Cette année, elle a participé à des colloques d'informations liés à l'administration de biens, aux droits des personnes en séjour irrégulier et demandeuses d'asile, aux particularités liées aux réfugiés afghan, à un colloque d'échange autour de l'immigration,...
5b : Collaboration avec les juristes de la ville de Namur, du CPAS de Namur et des différents avocats et juristes pro deo exerçant au sein du réseau	5a : Rencontre des nouveaux services voyant le jour (info : nombre et nom des services rencontrés) : - Droits Quotidiens	OUI – Un membre de l'équipe de Droits Quotidiens été rencontré lors d'un échange au sein des Cliniques Universitaires de Mont Godinne. L'équipe maintient sa formation continue dans ce domaine et collabore dès que possible avec les différents services d'aide juridique du réseau.
5c : Accompagner / Relayer les personnes	5c. Nombre d'accompagnements/ de relais	OUI - 171 orientations sociales, 67 relais et 17 accompagnements, 6 démarches AMU complètes et 69 collaborations sociales. 7 concertations ont également été réalisées.

Objectif général 6 : Assurer le rôle de relais de l'information et de sensibilisation des problématiques vécues par les personnes en grande précarité (professionnels, pouvoirs subsidiaires, grand public).		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
6a : Réaliser systématiquement une récolte des données rigoureuse et opérationnelle.	6a : Réalisation et comptabilisation de la récolte des données au terme de chaque mois.	OUI – cf. ce rapport
6b : Rédiger un rapport d'activités annuel reprenant les chiffres importants ainsi que les constats relevés.	6b : cf. Rapport d'activité	OUI – cf. ce rapport
6c : Organiser et/ou participer aux formations/informations	6c : Au minimum une formation organisée annuellement 6c : Participation à une	OUI – Au cours de cette année, l'équipe à particulièrement investi cette mission. Diverses formations



	sollicitation minimum par année en ce qui concerne la sensibilisation des professionnels ou du grand public à la problématique de la santé des personnes sans abri.	ont ainsi été organisées : deux journées sur l'hygiène et grande précarité, deux matinées sur les maladies contagieuses, plusieurs interventions en milieu scolaire, faculté et hautes écoles afin de sensibiliser le public et les étudiants (sage-femme, infirmière,...) aux problématiques des personnes sans-abri et/ou en grande précarité.
6d : Accueillir des stagiaires infirmiers pour les sensibiliser à la prise en charge des personnes en grande précarité	6d : Maximum 5 étudiants infirmiers et 1 stage d'observation dans le cadre d'un travail de fin d'études portant sur les problématiques liées au sans-abrisme.	OUI – 6 stagiaires ont été accueillis cette année avec succès. Différents étudiants ont également été rencontrés dans le cadre de la réalisation de leur travail de fin d'étude touchant de près ou de loin à la grande précarité.

Objectif général 7 : Assurer le bien-être et la sécurité de l'équipe, ainsi que la pérennité du service.		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
7a : Organiser une réunion hebdomadaire entre les membres de l'équipe	7a : 85% des réunions prévues sont réalisées	Partiellement – en raison des maladies et absences dans l'équipe, certaines réunions ont dû être annulées et le nombre de réunions réalisées approche plus les 60%. Toutefois, le passage des informations et les moments d'organisation et d'échanges plus informels ont été maintenus afin d'assurer le bon relais.
7b : Organiser des réunions d'Intervision avec le médecin référent du Relais santé	7b : Une réunion mensuelle au minimum est réalisée (soit 12 réunions sur l'année)	OUI – Ces réunions ont eu lieu de manière régulière à raison d'environ une toutes les trois semaines.
7c : Maintenir et organiser des réunions de supervision extérieure	7c : Les 3 réunions de supervision prévues auront eu lieu	OUI – Les réunions de supervision prévues ont eu lieu et la supervision a pu être clôturée.
7d : Détecter et mettre en place des procédures nécessaires au maintien de la sécurité et du bien-être des membres de l'équipe	7d : Mise à jour des protocoles 7d : Mise en place des actions logistiques nécessaires à la sécurité et au bien-être des travailleurs	OUI - Les protocoles sont mis à jour, la porte du Relais santé a été renforcée, les membres de l'équipe sont également formés à réagir au mieux en cas de situation



		de danger.
--	--	------------

Objectif général 8 : Se former pour actualiser ses connaissances		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
<p>8a : Favoriser la formation continue de l'équipe infirmière ▪ aux différentes problématiques de santé physiques rencontrées chez les personnes en grande précarité</p> <p>▪ en matière de réalisation de soins.</p>	<p>8a: Une formation ou information suivie par membre de l'équipe chaque année</p> <p>8a : Tenue et actualisation de la farde des comptes rendus des formations suivies</p>	<p>OUI – Une des infirmières a entamé la formation en pédicurie médicale, un membre de l'équipe a participé à un colloque d'actualisation des connaissances en matière d'hépatite, l'équipe a pu bénéficier d'une information et de l'actualisation de ses connaissances en matière de maladie sexuellement transmissible et concernant la tuberculose. La moitié de l'équipe a également participé à une information officielle concernant la modification de la loi sur l'administration de biens.</p> <p>L'équipe a suivi plusieurs jours de formation en travail de rue et un membre de l'équipe a suivi une formation soins de plaie destinée aux infirmiers.</p>
<p>8b : Se former et s'informer aux différentes problématiques existantes en santé mentale et sans-abrisme</p>	<p>8b : Participation à au moins une formation/information sur l'année</p> <p>8b : Tenue et actualisation de la farde des comptes rendus des formations suivies</p>	<p>OUI – L'équipe entière a pu participer à un séminaire sur ce thème en début d'année.</p>



7. Conclusion

Dans l'ensemble, cette année fut l'occasion de réaliser que le Relais santé de Namur avait atteint une certaine vitesse de croisière. Le bilan final est donc assez positif.

Les missions premières semblent, au terme de ces quelques années de fonctionnement, bien remplies et ciblées. La connaissance du réseau est globalement bonne et le service est bien connu de la plupart des partenaires. L'accent sera mis, au cours de cette nouvelle année 2015, sur le maintien et l'amélioration de cette connaissance. La composition de l'équipe a changé à de nombreuses reprises au fil des années. Une présentation officielle sera donc réalisée de manière méthodique afin que chaque partenaire du réseau puisse plus facilement mettre un visage sur un nom et aller au-delà de la simple connaissance des missions et actions du service.

La pratique de l'outreaching comme outil dans la « double approche » est une méthodologie qui, selon nous, n'a plus à faire ses preuves. En effet, grâce à elle, de nombreux relais et suivis adéquats et respectueux du contexte de vie et de la temporalité de la personne ont pu être mis en place. Elle est désormais partie intégrante de la pratique quotidienne de l'équipe du Relais santé.

En ce qui concerne la méthodologie générale et les objectifs du Relais santé, ceux-ci ont fait l'objet d'un travail en profondeur lors d'une mise au vert dirigée par la coordinatrice générale du Relais santé et du Relais social Urbain Namurois. Ce séminaire a permis de remettre en avant certaines priorités, de soutenir le travail de terrain tout au long de l'année et d'organiser au mieux l'équipe en fonction des périodes plus calmes et d'autres plus chargées.

D'autre part, la supervision réalisée et clôturée en cours d'année a également permis d'affiner la méthodologie générale ainsi que de peaufiner des modes de communication adaptés et efficaces au sein de l'équipe. La répartition des différentes réunions de suivi et d'Intervision a également été revue pour plus d'efficience.

En ce qui concerne le public, les patients de longue date connaissent bien le service et l'équipe, comme les partenaires, notent souvent une amélioration globale de l'état général de ces personnes.

Les horaires des permanences sont également bien connus et celles-ci accueillent une moyenne de 12 personnes.



Au niveau des connaissances et spécificités, chaque membre de l'équipe a pu développer une ou plusieurs facettes particulières (santé mentale, soins de plaie, éducation à la santé, pédicurie médicale,...) étoffant toujours plus les compétences du service.

L'équipe maîtrisant maintenant de mieux en mieux les problématiques du terrain et affinant au fil du temps sa maîtrise de celles-ci, diverses formations/informations ont pu être organisées et proposées aux partenaires et au public. Ainsi, plusieurs matinées/journées ont été réalisées sur des thèmes tels que « les maladies contagieuses et la grande précarité », « l'hygiène et la grande précarité »,... Des participations actives à divers colloques et séminaires ont également eu lieu sur « le vieillissement et la grande précarité », « immigration et précarité », « précarité et dépendances »,... Plusieurs animations se sont également déroulées en milieu scolaire.

L'équipe participe également à la sensibilisation et à l'amélioration des connaissances en matière de santé liée à la grande précarité au travers d'entretiens avec des étudiants réalisant des travaux de fin d'étude et des mémoires sur le thème du sans-abrisme.

Enfin, certains services complémentaires aux missions de base du Relais santé, tels que les soins de pédicurie ou la permanence vétérinaire ont connu un bon développement au cours de cette année.

L'année 2015 sera l'occasion de maintenir ces initiatives mais également d'investir de nouveaux domaines tels que les soins de bien-être et de coiffure afin d'accompagner au mieux les personnes les plus exclues vers le recouvrement d'une meilleure image d'elle-même.

Pour maintenir les acquis, rester proactif et surtout continuer à répondre aux besoins réels du public-cible et des partenaires, une vigilance particulière sera apportée à la réflexion et l'introspection régulière afin de maintenir le niveau de qualité des actions menées.

