

Relais santé

Rapport
d'activités
et d'évaluation
2017



Relais santé

Rapport d'activités 2017



Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Contextualisation, méthodologie de travail et de récolte des données du Relais santé de Namur	4
	2.1 Historique et mise en place du projet	4
	2.2 Finalité principale et public cible du Relais santé de Namur	4
	2.3 Les partenaires	5
	2.4 Méthodologie et définition des items utilisés	5
3.	Données épidémiologiques relatives aux patients suivis au Relais santé	6
	3.1. Méthodologie et précisions concernant la récolte des données de profil	6
	3.1.1 Sexe	7
	3.1.2 Age	8
	3.1.3 Etat civil	10
	3.1.4 Avec ou sans enfants à charge	11
	3.1.5 Nationalité	12
	3.1.6 Statut général des patients suivis (quand nationalité étrangère)	13
	3.1.7 Connaissance et maîtrise du Français	14
	3.1.8 Revenus	15
	3.1.9 Situation de logement	18
	3.1.9 Suivi médical existant ou non	20
	3.1.10 Accessibilité géographique du médecin traitant sinon mis en place par le Relais Santé	22
	3.1.11 Lieu de la première rencontre (mode de connaissance du service)	23
	3.1.12 Motif(s) de la première visite au Relais Santé	25
	3.1.13 Type de réponse(s) apportée(s) lors de la première visite	26
	3.1.14 Statut mutuelle	27
4.	Récolte des données de l'année 2017 relative à l'utilisation du service	31
5.	Constats et analyse des chiffres 2017 relative à l'utilisation du service	37
	5.1 Nombre de contacts réalisés	37
	5.2 Les permanences au dispensaire de soins	37
	5.3 Quelques points spécifiques concernant certaines demandes et actes réalisés	38
	5.4 Les présences institutionnelles	40
	5.5 Les soins et actes réalisés et les services proposés	40
	5.6 La formation continue et proactive de l'équipe ainsi que ses interventions extérieures 44	
	5.7 Les constats spécifiques, les questionnements et défis pour l'année à venir	45
6.	Evaluation de l'atteinte des objectifs 2017	47
7.	Conclusion	54



1. Introduction

La fin de l'année en cours est toujours l'occasion de pouvoir se poser et de faire le point sur toutes les données collectées au fil des semaines, mais également de permettre de dresser les constats importants issus du travail de terrain.

Ce temps de mise à distance permet de mettre en évidence certains chiffres et certaines problématiques qui peuvent passer inaperçues dans la masse de travail à laquelle les infirmières de l'équipe du Relais Santé de Namur doivent faire face au quotidien.

Certes, l'augmentation significative du nombre de personnes rencontrées ou du nombre de dossiers ouverts a été remarquée dès les premiers mois de l'année 2017. Toutefois, d'autres items ont nécessité plus de temps et une plus grande prise de recul pour être mis en exergue.

Par ailleurs, cette rétrospective sera l'occasion de faire le point sur :

- Les différentes actions qui ont pu être mises en place au cours de cette année,
- Les formations qui ont été suivies
- Les différentes participations actives ayant pour objectif d'informer et de former toujours plus le grand public et les différents professionnels.

Plusieurs items supplémentaires, qui avaient fait l'objet d'un questionnaire spécifique fin 2016 ont également pu être collectés par l'équipe. Cela permettra de dresser un état des lieux sur une année afin d'affiner les problématiques pressenties.

L'équipe a également trouvé un bel équilibre, les infirmières étant en place depuis un petit temps (la dernière arrivée ayant plus d'un an d'ancienneté), cette expérience est très utile et facilite grandement le travail au quotidien, la relation de confiance avec les usagers ainsi que l'efficacité du service dans son ensemble.

Cette petite mise en bouche effectuée, il est temps de passer au cœur du rapport d'activité et de développer quantitativement, mais aussi qualitativement les différents chiffres collectés.



2. Contextualisation, 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 Wallonie. 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 constats 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 en général au sein de la population en grande précarité qu'ils rencontraient lors de leur travail de rue. De même, ils relevaient le fait que ces mêmes personnes n'avaient que difficilement accès aux services de soins de santé et que la demande elle-même n'était que rarement formulée.

C'est donc sur ces jalons que le Relais Santé de Namur a été créé sous l'impulsion du 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 favoriser 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 composé de 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 relai et de facilitateur vers l'accès aux soins.

2.3 Les partenaires

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

2.4 Méthodologie et définition des items utilisés

Afin d'objectiver l'analyse de cette année écoulée ainsi que l'évaluation des objectifs 2017, l'équipe du Relais Santé se base notamment sur le relevé des chiffres issus de sa récolte des données quotidienne.

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

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



3. Données épidémiologiques relatives aux patients suivis au Relais santé

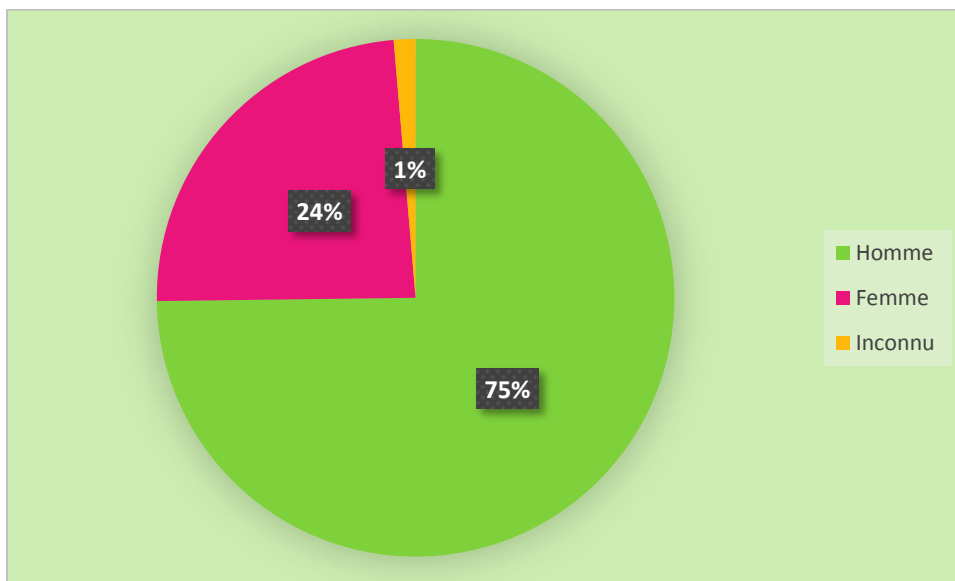
3.1. Méthodologie et précisions concernant la récolte des données de profil

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

Les données des graphiques présentés sont donc issues des 370 dossiers constitués sur l'année 2017. Ils sont représentatifs des personnes suivies physiquement au dispensaire et non des 1305 personnes rencontrées au total sur l'année 2017.



3.1.1 Sexe

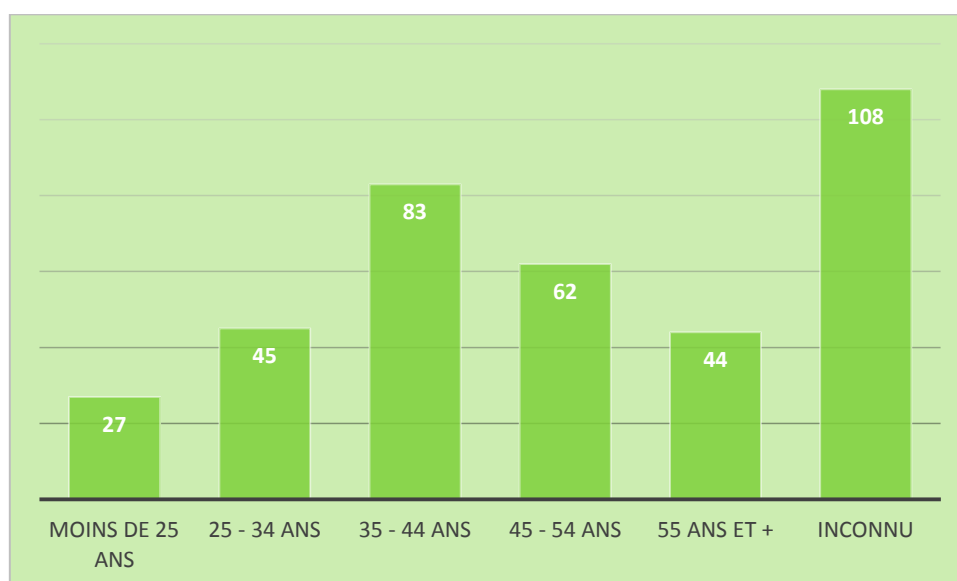


Cette proportion est en évolution par rapport aux autres années. Les femmes restent minoritaires dans la population sans abri sur Namur, mais atteignent pour cette année un pourcentage encore jamais atteint de 24 %. Le public a donc tendance à se féminiser.

L'équipe constate pourtant qu'en parallèle, il existe toujours peu de réponses spécifiques pour les femmes en ce qui concerne leurs besoins en termes d'hygiène, de pudeur, de repos, d'accès aux soins de santé spécifiques ou encore dans l'accompagnement de leur image. La permanence coiffure mise en place au Relais Santé prend donc tout son sens, de même que les collaborations avec certains autres services du Namurois qui proposent des soins esthétiques ou de bien être gratuitement ou à moindre coût. Cette offre de service, qui peut paraître accessoire pour quelqu'un vivant la rue, semble pourtant être un réel levier permettant à la personne de ne pas sombrer dans l'isolement, la dépréciation d'elle-même ou encore de ne plus voir son corps que comme un outil source de douleur. De plus, une personne bien dans sa peau et prenant un minimum soin d'elle aura de meilleurs contacts avec les services extérieurs (banque, médecin, Forem...) et surtout avec les éventuels propriétaires.



3.1.2 Age



Les chiffres de cette année peuvent être biaisés par l'importance de la donnée « inconnue » qui s'élève à 29 %.

Par contre sans surprise, la tranche d'âge la plus représentée reste celle des 35-44 ans avec 22,4 %. Suivi de par les 45-54 ans avec 17 % puis des 25-34 ans. La proportion de jeunes, âgé de moins de 25 ans est de 7 % ce qui reste assez stable.

Les plus de 55 ans quant à eux, représentent 12 % de l'ensemble des patients du service des patients suivis ont plus de 55 ans. Cette donnée est importante, car, passé cet âge, les personnes en rue présentent très souvent des problématiques de santé plus conséquentes ou plus évoluées. Pour rappel, l'espérance de vie moyenne pour une personne sans abri (hommes et femmes confondus) est fréquemment évaluée à 45-55 ans (47,6 ans selon une étude de 2013¹).

Une autre enquête, réalisée par « Médecins du Monde » à Marseille² a pu mettre en évidence une moyenne d'âge lors du décès des personnes vivant en rue, à savoir 41 ans pour les femmes et 56 ans pour les hommes. Selon cette étude, la vie en rue renverserait

¹ CHA Olivier ; « La santé des sans-abri », Paris, janvier 2013

² Médecins du Monde, Mortalité des personnes sans abri à Marseille. Premières données et Premières analyses. Janvier 2009



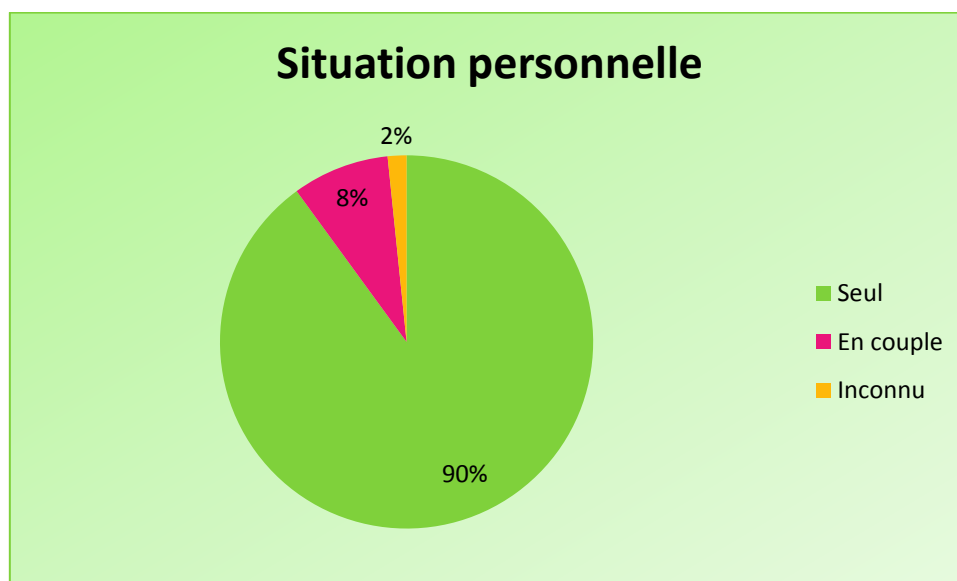
donc le ratio habituel, donnant une espérance de vie plus importante pour les femmes que pour les hommes.

Sachant qu'au-delà de 65 ans, la majorité des services d'hébergements spécifiques pour les personnes sans abri (maisons d'accueil...) ne sont plus accessibles, cette donnée méritera donc une attention particulière. Les femmes en rue présentent souvent des fragilités multiples et associées plus importantes. En effet, au-delà de 65 ans, que ce soit pour les hommes ou les femmes, une des seules alternatives restantes, en dehors de certaines initiatives et projets locaux, reste la maison de repos.

Or, ces structures de maison de repos et de maison de repos et de soins ne sont souvent pas adaptées pour accueillir des personnes ayant parfois un long passé de rue avec tout ce que cela peut impliquer au niveau de la structuration dans le temps, des difficultés à respecter un cadre souvent très strict et «hospitalier» ou encore de la gestion d'une assuétude importante. De plus, la personne de plus de 65 ans est parfois encore (ou se sent encore) souvent assez autonome et refuse donc fréquemment d'entrer dans ce type d'hébergement.



3.1.3 Etat civil



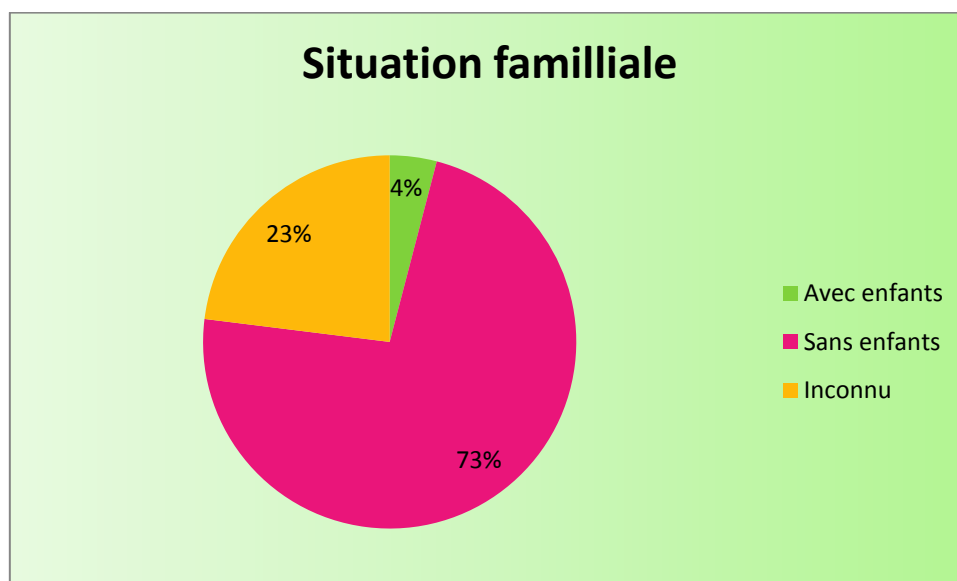
Cette donnée est relativement identique à l'année précédente.

Une fois encore, le constat que la majorité des personnes sans abri est seule et isolée dans la vie est interpellant et en même temps dramatiquement logique. La plupart de ces personnes n'ont aucun proche ni personne-ressource vers qui se tourner en cas de problème, de difficulté particulière ou simplement lorsque le besoin de parler se fait sentir.

Cette problématique est d'ailleurs souvent préalable à l'arrivée en rue et il s'agit fréquemment d'une des données qui a pesé négativement dans la balance dans l'arrivée en rue de la personne. Il n'est pas rare non plus de constater que l'élément déclencheur de la perte du logement est justement une rupture familiale telle qu'un divorce, le décès du conjoint ou du parent restant...



3.1.4 Avec ou sans enfants à charge

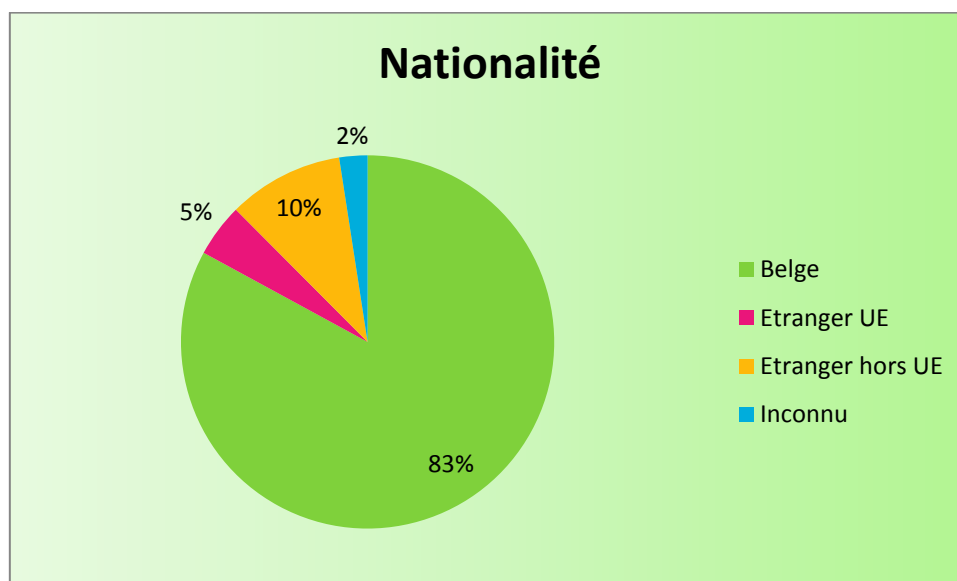


Les chiffres pour cette année sont quelque peu biaisés par l'importance du nombre d'inconnus, mais restent cependant proportionnellement semblables. La grande majorité des personnes se disant seule, isolée et sans enfants.

Il n'est effectivement pas rare que la personne ait des enfants mais ne vive plus avec (c'est le cas notamment lorsque les enfants font l'objet d'une mesure de protection ou de placement) et soit dès lors comptabilisée « sans enfant ». La situation étant émotionnellement difficile, ces personnes ne parlent pas forcément de leur situation familiale et se disent tout simplement seules et isolées.



3.1.5 Nationalité



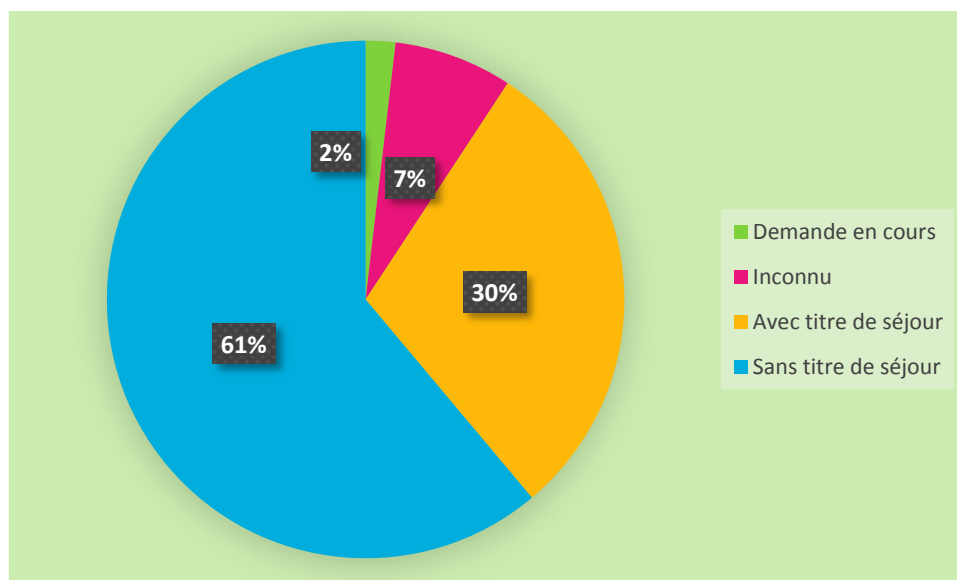
15 % des personnes suivies sont d'origine étrangère et parmi celles-ci, plus de la moitié est sans titre de séjour légal et valide (cf. Graphique suivant).

Cela a un impact direct sur la prise en charge des soins de santé, car, n'étant pas en séjour régulier, ces personnes peuvent seulement prétendre à l'Aide Médicale Urgente, en collaboration avec le CPAS.

Par contre, pour l'ensemble des usagers, nous constatons une nette diminution de personnes d'origines étrangères (n'ayant pas la nationalité belge) avec 83 % de patients Belges contre 76 % l'année précédente.



3.1.6 Statut général des patients suivis (quand nationalité étrangère)

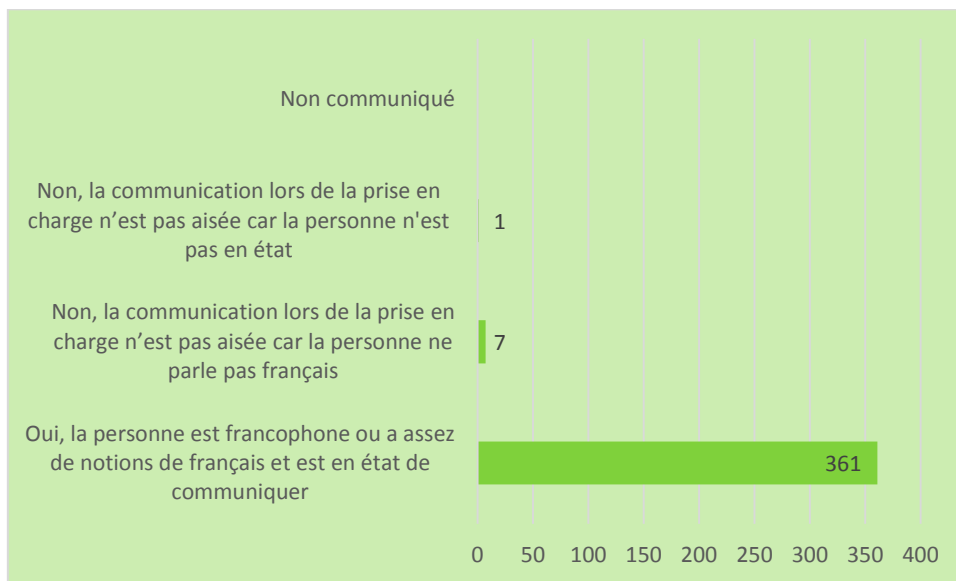


Comme souligné précédemment, plus de la moitié des personnes étrangères fréquentant le service ne sont pas en ordre de séjour. Cela impacte directement la prise en charge des soins de santé qui demandent des démarches spécifiques supplémentaires, retardant parfois de manière conséquente l'accès aux soins de santé.

Heureusement, les différentes collaborations avec le CPAS de Namur, les maisons médicales locales et la permanence hebdomadaire de Médecin du Monde permettent de diminuer au maximum ce délai d'attente et de faciliter autant que faire ce peu la bonne avancée des différentes démarches sociales.



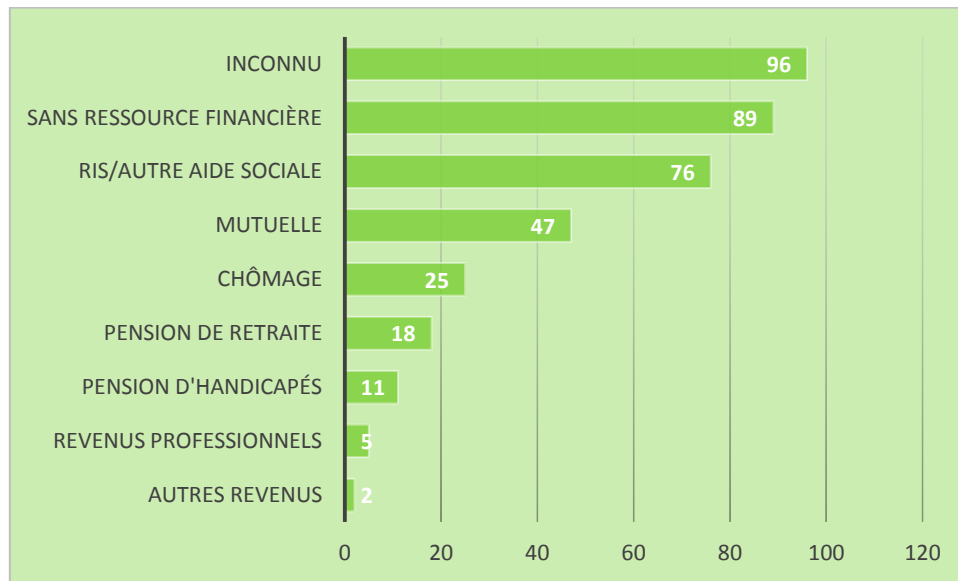
3.1.7 Connaissance et maîtrise du Français



Comme le montre ce graphique, la barrière de la langue n'est que très rarement un frein à l'accès aux soins en ce qui concerne les patients suivis sur Namur au sein du dispensaire.



3.1.8 Revenus



Cet item est bien évidemment très important en ce qui concerne les possibilités de «rebondir» de la personne. Sans ressource financière, ou avec des revenus insuffisants, il n'est pas difficile de comprendre que la personne ne pourra accéder à l'intégralité de ses besoins fondamentaux, notamment en ce qui concerne l'accès à des soins de santé suffisants et de qualité ou encore l'accès à un logement digne, salubre et adapté.

Pour cette année 2017, 24 % des patients rencontrés sont initialement sans revenu. Cela est un peu moins que l'année dernière où 33 % des usagers étaient dans cette situation. Malheureusement, cette diminution semble surtout s'expliquer par le nombre plus important « d'inconnus ». Derrière cet item se cache en effet souvent une absence de revenu, mais qui pour diverses raisons, n'a pas pu être abordée avec la personne lors de l'ouverture du dossier. Cette absence de revenu peut se supposer par l'absence d'adresse de référence de ces personnes, mais également leur situation irrégulière sur le territoire ou encore un manque d'informations. Il est donc fort probable que cette diminution de presque 10 % de personnes sans ressource financière lors du début de la prise en charge ne soit qu'un biais entraîné par ce nombre plus important d'inconnues et qu'en réalité les chiffres de « sans revenu » soient assez similaires à ceux de l'année dernière.

Comparativement aux autres années, le pourcentage de personnes bénéficiant du Revenu d'Intégration, d'un revenu de remplacement de la mutuelle ou d'une pension de personne handicapée est en légère diminution. Les revenus issus du chômage sont par contre en très légère augmentation.



Enfin, il est important de souligner que la **proportion de personnes en situation de sans-abrisme et percevant une pension de retraite a doublé en une année.**

Au final, ces différents revenus peuvent être mis en comparaison avec l'indice du seuil de risque de pauvreté pour une personne isolée qui a été fixé à 1 115 euros pour la Belgique en 2016.

Sur base de ce chiffre, nous pouvons avancer avec certitude que plus de la moitié de nos patients vivent avec des revenus largement inférieurs à ce seuil de pauvreté. Pour les usagers percevant un revenu supérieur, il s'agit le plus souvent de sommes arrivant tout juste à ce seuil.

Il est aussi important de souligner que ce seuil de risque de pauvreté ne prend pas en compte le fait que la personne dispose ou non d'un bien immobilier propre ni de sa situation réelle en termes de besoins financiers (lourds problèmes de santé financièrement, régime alimentaire devant être adapté pour raison de santé, présence ou non de famille ou de proches aidants...). Or, en ce qui concerne les patients venant au Relais Santé, tous ces facteurs pèsent lourdement et négativement dans la balance.

Enfin, il nous semble important de signaler que si elle n'entraîne pas de paiement de loyer, la vie en rue reste chère et conduit souvent à devoir faire face à des frais spécifiques inhérents à ce mode de vie :

- Pas de frigo ou de lieu pour stocker et préparer la nourriture d'où l'obligation d'acheter du « tout fait » en ville pour les repas pris en dehors des restaurants sociaux (pour la plupart fermés en soirée, le week-end, les jours fériés...)
- Intempéries et longues périodes de marches conduisant à racheter bien plus souvent le matériel de base : chaussures, veste, sac à dos...
- Perte et vol plus fréquent conduisant à devoir faire et refaire plus souvent certaines démarches coûteuses : carte d'identité, papiers, photos d'identité...
- Santé souvent plus précaire conduisant à des frais médicaux plus élevés surtout lorsque la personne n'est pas/plus en ordre de mutuelle
- Impossibilité ou difficulté importante de bénéficier de certaines réductions pour les transports en commun : avec des ressources limitées, la personne ne saura pas toujours payer en une fois pour un abonnement mensuel de bus ou une carte de train de 10 trajets, bien meilleur marché que l'achat d'un trajet unique.
- Les arriérés, amendes et autres qui s'accumulent vite et font que des sommes doivent être remboursées dès le début du mois.
- Beaucoup de services destinés au public en très grande précarité restent malgré tout payants. Même si la quote-part peut sembler minime (2 euros pour un repas ou un



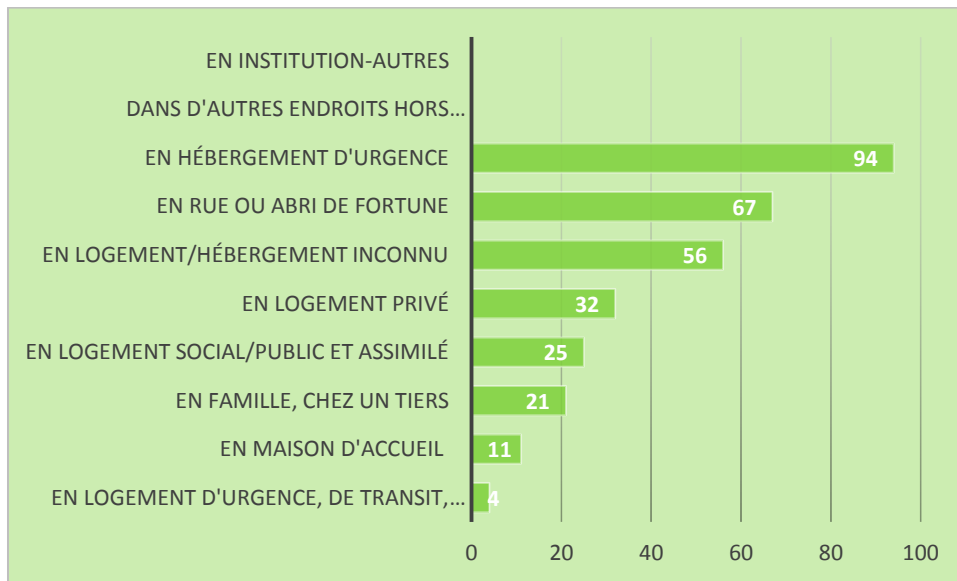
petit déjeuner ou une machine à laver, quelques euros pour un colis alimentaire...) sur un mois, ils pèsent également dans la balance.

Tous ces exemples ne sont évidemment pas exhaustifs et ils ne prennent en compte aucun « à côté » dont la personne pourrait avoir besoin pour son bien-être de base : achats des produits d'hygiène, de vêtements, passage chez le coiffeur, une boisson chaude de temps en temps, du tabac, de la nourriture pour l'animal de compagnie...

Enfin, il nous semblait plus que nécessaire de dire qu'une proportion importante de personnes sans abri attendent d'être payées pour s'offrir une ou deux nuits à l'hôtel ou en auberge de jeunesse. Cette dépense peut souvent surprendre les professionnels éloignés de la première ligne, mais il s'agit bel et bien d'une réalité. Les personnes « tiennent le coup » en se mettant à l'abri, au chaud, en sécurité et au repos durant un ou deux jours de « pause » par rapport à la rue. Cette démarche, totalement compréhensible, vient donc souvent empiéter lourdement sur le revenu mensuel de ces personnes à bout de souffle.



3.1.9 Situation de logement



La grande majorité des personnes rencontrées au dispensaire est en situation de sans-abrisme. Seuls 8,5 % des patients disent habiter dans un logement privé (encore faudrait-il pouvoir s'assurer qu'ils y soient bien domiciliés et que ces logements soient en ordre de permis et salubres, les quelques visites à domicile que nous avons pu réaliser nous indiquent souvent le contraire) et 6,5 % résident dans un logement social (ce qui constitue une diminution de moitié par rapport à l'année précédente).

Ce très faible taux d'accès aux logements du secteur privé est facilement explicable :

- Les bas revenus des personnes fréquentant le dispensaire (quand elles en ont un !) et le fait que la plupart ne peuvent bénéficier d'une garantie locative autre que celle du CPAS leur ferment beaucoup de portes.
- D'une part, bon nombre de propriétaires privés et d'agences immobilières refusent systématiquement toute garantie locative du CPAS. Cette situation s'oppose à l'égalité des chances et à la non-discrimination, mais elle est une réalité quotidienne à laquelle sont confrontés les usagers et les équipes de professionnels.
- D'autre part, le faible revenu des usagers est souvent en décalage total avec les prix du marché. Cela les pousse, faute de pouvoir accéder à un logement social (ce qui est fréquent), à se retrancher vers des logements accessibles financièrement, mais non conformes, vieillissants, voire même insalubres. Il n'est pas rare également de rencontrer des propriétaires qui « profitent » de la situation délicate de la personne et de son urgence à rentrer en logement : baux non conformes, absence de mise aux normes, non-respects des droits du locataire, retard important voire non-réalisation des travaux de rafraîchissement ou de réparation indispensables à la salubrité et la



sécurité du logement... Ces points ne sont pas anodins, car ils concernent souvent des postes « vitaux » comme le chauffage, le chauffe-eau, le système électrique...

Derrière les 15 % d' « inconnu », se cache souvent un squat, une situation d'hébergement épisodique par des connaissances ou la vie en rue. Il n'est pas rare que la personne, lors de l'ouverture du dossier, ait des réticences à donner l'adresse de son squat ou des personnes qui l'hébergent, par crainte d'un contrôle ou des répercussions financières pour l'hôte lorsque ce dernier perçoit un revenu de remplacement (le calcul de ce revenu étant directement lié à la situation de la personne, si cette dernière perd un statut d'isolée et passe en cohabitant, elle risque de voir son revenu largement amputé).

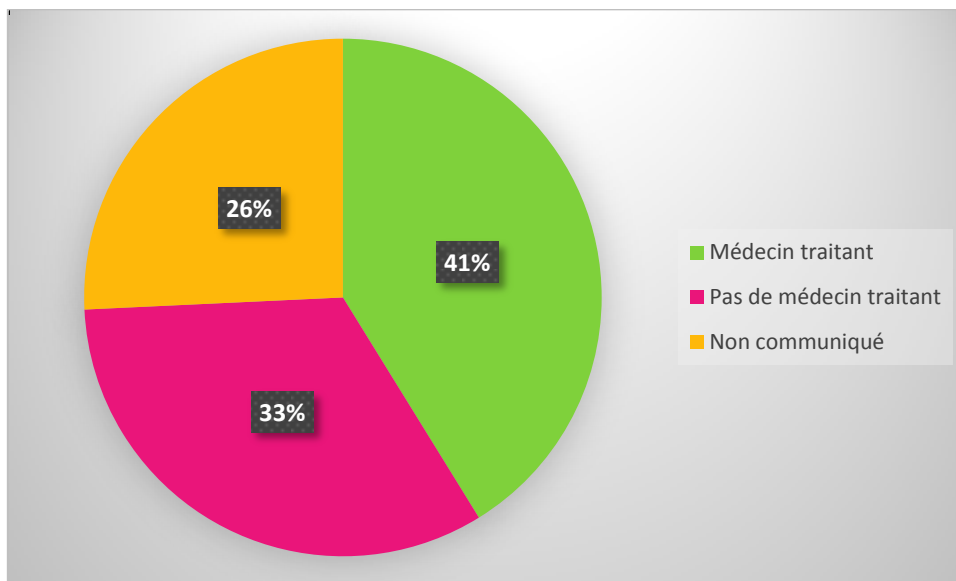
Cette proportion peut donc très certainement être répartie entre les items « vie en rue ou en abri de fortune » et « hébergé par de la famille/des amis étant donné qu'elles ne disposent pas d'une adresse légale et que l'équipe ne les rencontre pas à l'abri de nuit.

A ce sujet, 25,5 % des personnes suivies au dispensaire fréquentent l'abri de nuit, ce qui est une diminution énorme par rapport à l'année précédente où 43 % des personnes se rendaient dans cette structure d'accueil. Une diminution de 50 % est également à noter en ce qui concerne les personnes hébergées par des connaissances ou de la famille.

En parallèle, 18 % des personnes rencontrées vivent en rue ou en abri de fortune (tente...), ce qui constitue une augmentation par rapport à l'année précédente. Ces personnes ne se rendent pas à l'abri de nuit par choix ou lorsqu'elles sont en séjour irrégulier et ne peuvent bénéficier de cet accueil en dehors du plan hiver.



3.1.9 Suivi médical existant ou non



40 % des patients suivis disposent initialement d'un médecin traitant. Pour le nombre de personnes pour lesquelles cette donnée est inconnue, il n'y a le plus souvent aucun suivi médical actif. Ce qui laisse présager qu'une moyenne d'un patient sur deux seulement pourrait disposer d'un accès à un médecin traitant lors du début de la prise en charge.

Cette donnée mérite plusieurs précisions.

Bien qu'ayant un médecin traitant, cela ne signifie pas pour autant que la personne ait réellement accès à des soins de santé satisfaisants. Plusieurs explications peuvent y être apportées :

- La personne peut avoir un médecin traitant, mais ne pas s'y rendre, car n'a pas l'argent nécessaire pour payer sa consultation. Beaucoup d'usagers ne connaissent pas le fonctionnement du tiers payant, n'osent pas aborder ce problème financier avec leur médecin ou encore ne sont pas en ordre de mutuelle et ne peuvent donc bénéficier de ce service.
- Il est fréquent que les problèmes de santé actuels de la personne soient vus par elle-même comme « gênants », « honteux ». En effet, s'il est commun de se rendre chez le médecin pour parler d'une grippe ou d'un diabète, il est parfois plus délicat d'aborder un problème lié à une consommation de drogues, la vie en rue et ses difficultés ou un mauvais suivi de son traitement.



- Certains problèmes de santé ne sont pas forcément du ressort du médecin traitant et nécessitent un suivi et des traitements qui sortent du cadre d'une consultation de médecine générale

Ex : des mycoses importantes aux pieds peuvent être source d'un grand inconfort, de douleurs et même de plaies. Le traitement en dehors de l'application locale d'un antimycosique passera par un bain de pieds adapté, des pansements, la fourniture de chaussettes propres et sèches ainsi qu'éventuellement d'une nouvelle paire de chaussures... tout ce qui, à priori, ne se fait pas lors d'une consultation de médecine générale.

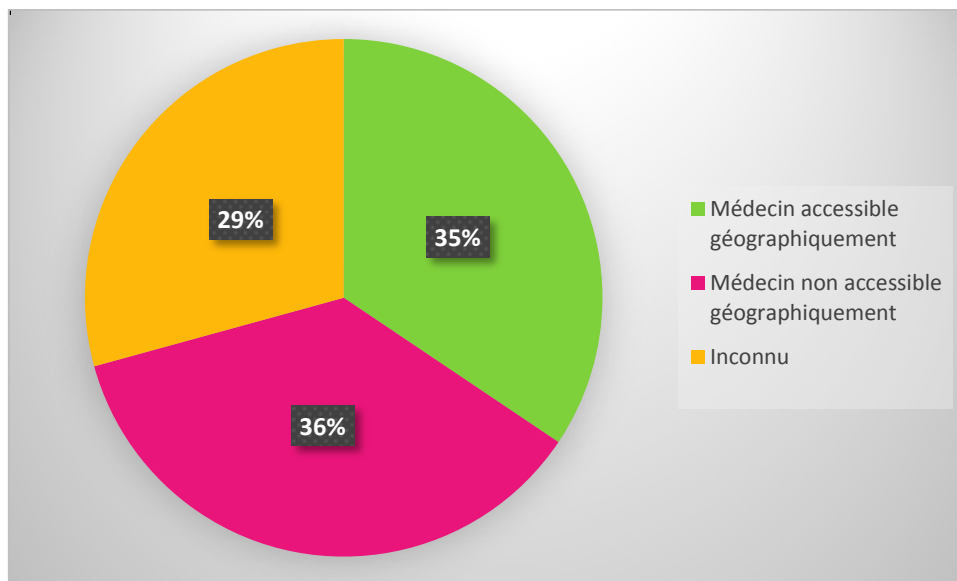
- Enfin, au niveau des conditions plus générales d'accès au médecin traitant, quand ce dernier existe, il s'agit encore de pouvoir se rendre physiquement à son cabinet, ce qui n'est pas toujours géographiquement possible.

La vie en rue et le recours à certains services comme l'Abri de nuit, les restaurants sociaux... obligent en effet fréquemment la personne à changer de ville, se déplacer vers de plus grands centres urbains répondant mieux aux besoins des personnes en grande précarité (présences de plus de services sociaux et d'aide) ce qui rend la distance entre elle et son médecin trop importante (cf. Graphique suivant).

Tous ces obstacles aux soins nécessitent donc une prise en charge et un accompagnement spécifique de la part de l'équipe du Relais en collaboration avec le réseau afin de mettre la personne en confiance, de lui expliquer ses droits, mais aussi les différentes aides financières possibles (tiers payant au moyen de la vignette...) et de soutenir une consultation médicale (fournir à la personne des sous-vêtements et des habits propres et adaptés au préalable, lui permettre de se laver ou de faire un bain de pieds pour être à l'aise de se dévêtir face au médecin, la rassurer quant aux éventuels examens, lui rappeler son rendez-vous, l'accompagner si besoin...).



3.1.10 Accessibilité géographique du médecin traitant sinon mis en place par le Relais Santé

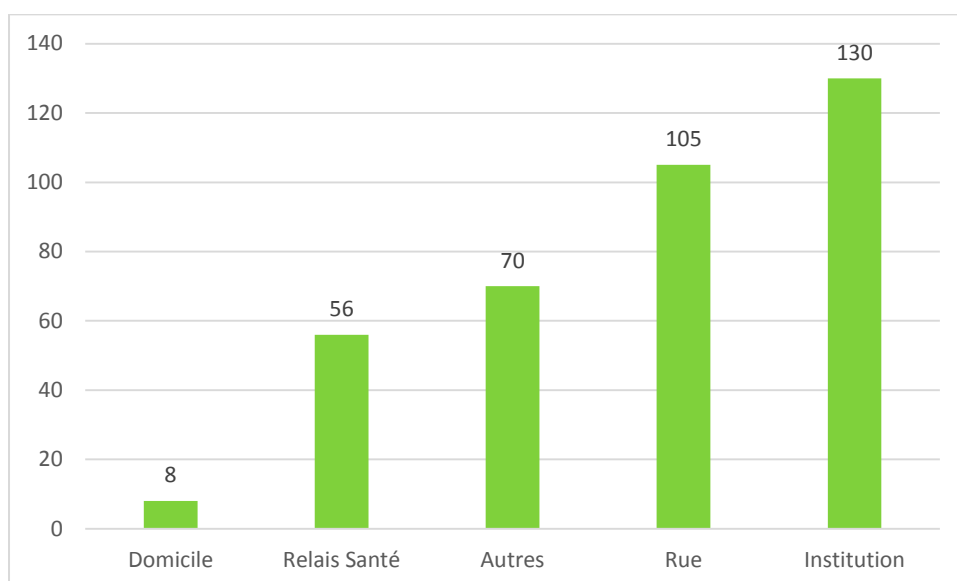


Ce graphique comptabilise, pour les 41 % de personnes disposant d'un médecin traitant, le nombre de situations effectives où ce médecin est réellement accessible pour la personne.

Cette donnée est primordiale, car en analysant les chiffres, nous pouvons nous rendre compte qu'au final, ce ne sont pas 41 % des patients qui ont un suivi réel avec un médecin traitant, mais seulement 35 % de ces 41 % soit un total de 53 patients sur les 370 pour lesquels un dossier a été ouvert !



3.1.11 Lieu de la première rencontre (mode de connaissance du service)



Cette donnée est particulièrement importante, car elle permet de mettre en évidence toute la nécessité du travail de rue, des présences institutionnelles et de cette démarche volontaire « d'aller vers » la personne sans qu'elle ne soit forcément demandeuse au départ.

En se référant à ce graphique, il est démontré combien cette démarche proactive est nécessaire et efficace pour toucher les personnes, mais également les amener à entrer dans un processus de soin.

Sans ces démarches, le Relais Santé n'aurait probablement pas le « succès » qu'il connaît aujourd'hui en termes de fréquentation de la part des usagers. En effet, seuls 15 % des patients ont été rencontrés pour la première fois directement dans le dispensaire après avoir lu l'information ou l'avoir reçue de la part d'un autre service. A l'exception des 8 personnes pour qui le premier contact s'est effectué au domicile (souvent à la demande d'un service social déjà présent sur la situation), tous les autres patients ont été rencontrés pour la première fois en permanence extérieure³ (35 %) ou lors du travail de rue (28 %).

Un item particulier nécessite d'être développé, celui des « autres ». Il s'agit de personnes pour qui le premier contact s'est passé au Relais Santé, mais qui ont connu notre service via le « bouche-à-oreille » entre usagers.

Ces 19 % de relais via le bouche-à-oreille nous confortent donc dans l'idée que le lien de confiance développé avec les patients de notre service est suffisamment fort et fiable pour

³ Permanences extérieures hebdomadaires à l'abri de nuit et dans les restaurants sociaux



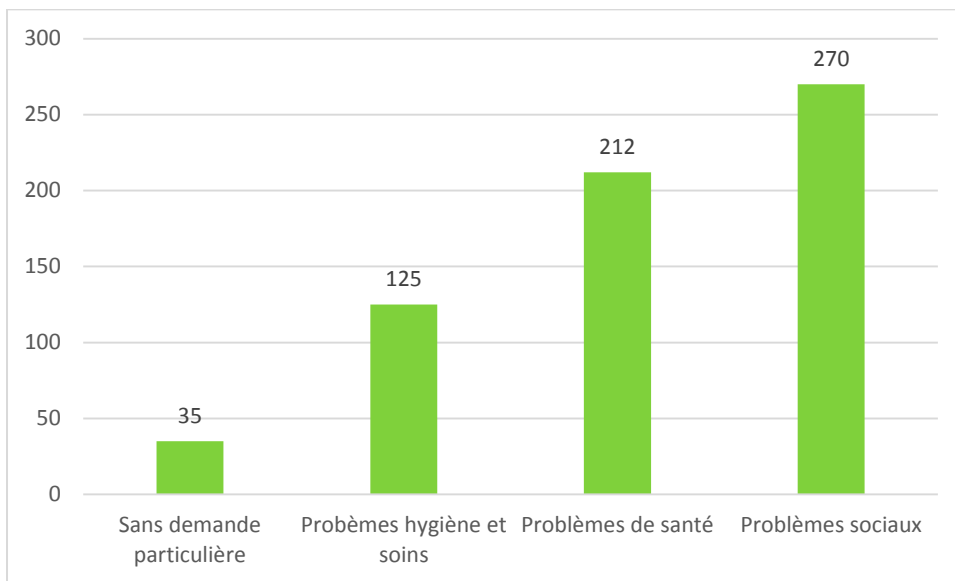
que ces mêmes personnes pensent à nous relayer d'autres amis de rue... et que ce relai fonctionne.

Certes, il est possible qu'une partie de ces personnes rencontrées à l'extérieur, que ce soit en rue, en institutions partenaires ou encore celles venues via le bouche-à-oreille aurait finalement pu arriver dans le service par un autre biais, plus tardivement.

Cependant, il est certain que du temps, voire beaucoup de temps aurait été perdu (ce qui en termes de santé peut avoir des conséquences dramatiques).



3.1.12 Motif(s) de la première visite au Relais Santé



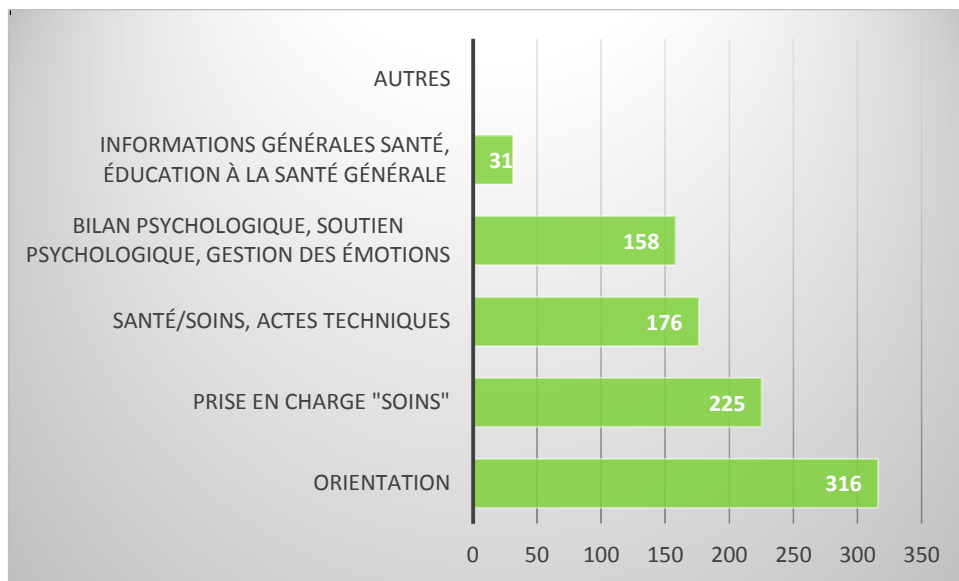
Ces motifs se superposent souvent et il est rare que la personne ne vienne que pour un seul type de demande, même lors de la première visite. Souvent, pour réaliser un soin de qualité, il faut également que la personne puisse se laver au préalable lorsque le soin visé n'est pas directement le soin d'hygiène en lui-même.

D'autre part, pour accéder aux soins de santé, la personne a souvent également des demandes de type sociales (Demande de réquisitoire – bon pharmaceutique/bon médical pour permettre la consultation médicale et/ou fournir le traitement – collaboration avec l'assistante sociale de l'aide individuelle pour diverses démarches – contact avec la mutuelle pour clarifier une situation, obtenir des vignettes...).

Beaucoup de problèmes sociaux exposés concernent ainsi de près ou de loin l'accès aux soins de santé.



3.1.13 Type de réponse(s) apportée(s) lors de la première visite



Sans surprise, la majorité des réponses apportées concerne les soins, que cela soit au moyen de soins infirmiers directs (santé/soins, actes techniques) ou au moyen d'une prise en charge plus globale passant par une consultation médicale et/ou la collaboration pluridisciplinaire avec une maison médicale ou un hôpital.

Une fois l'anamnèse réalisée, les orientations sont également nombreuses. Il s'agit pour l'équipe d'orienter au mieux la personne vers les différents autres services pertinents en fonction de ses demandes/problématiques afin de réduire au maximum la durée de son passage par la rue.

La grande fatigue engendrée par la vie en rue se faisant très rapidement sentir, il est primordial d'orienter, d'aider et d'accompagner la personne au plus vite après son arrivée en rue. Cela permet de court-circuiter autant que possible cette fatigue qui risque vite d'entraîner une diminution des capacités de la personne à se mobiliser activement.

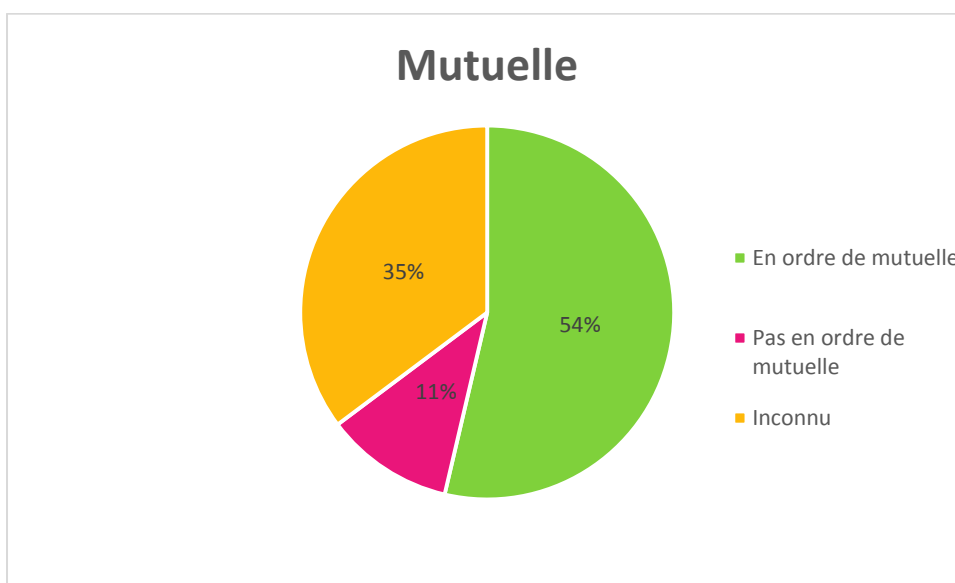
Parallèlement à cela, la prise en charge globale des problématiques de santé mentale est assez importante dès le premier entretien. Par la suite, la relation de confiance s'étant tissée, ces demandes augmentent encore.

Il est à préciser que pour une partie des usagers rencontrés, la maladie mentale est telle que la personne n'est pas en mesure de formuler elle-même une demande à ce sujet (plus de 30 % des patients suivis par le Relais Santé souffrent de troubles psychotiques sévères). D'autre part, l'éducation à la santé, qui est pourtant une action très souvent menée par les infirmières de l'équipe est moins fréquente lors du premier contact, car il



s'agit d'un moment un peu plus délicat où la priorité est donnée aux urgences ainsi qu'à établir un vrai lien et une relation de confiance. L'éducation à la santé concernant les consommations, le bon suivi d'une maladie chronique, la prise régulière du traitement... ne viendra souvent que lors des contacts suivants lorsque la relation sera un peu plus solide afin de ne pas brusquer la personne.

3.1.14 Statut mutuelle

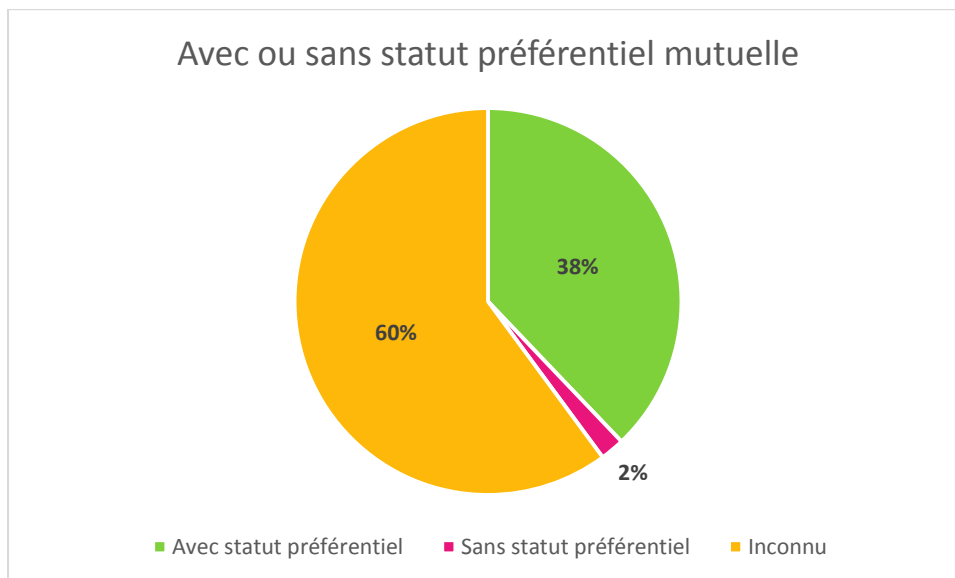


Un peu plus d'un patient sur deux est initialement en ordre de mutuelle. Il s'agit évidemment d'une priorité pour l'équipe du Relais Santé, car cela facilite considérablement l'accès aux soins de santé.

Cette situation reste tout de même problématique pour presque la moitié et l'équipe se retrouve souvent démunie, car la mise en ordre au niveau de la mutuelle passe pratiquement toujours par la mise en place d'une adresse de référence, mais également par le paiement des cotisations et souvent des arriérés. Si la mise en place d'une adresse de référence peut se faire assez rapidement en collaboration avec le CPAS concerné, le paiement des arriérés est plus difficile, car il doit passer par la personne elle-même lorsque celle-ci ne dispose pas d'un R.I⁴ ou d'un administrateur de biens (auquel cas elle peut marquer son accord pour que la démarche s'effectue directement depuis le CPAS ou depuis son avocat) ce qui arrive dans 70 % des cas.

⁴ Revenu d'intégration du CPAS





Ce graphique reprend, pour les personnes en ordre de mutuelle, la proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée (anciennement VIPO). Cette donnée peut être intéressante dans le sens où, logiquement, un grand nombre d'usagers du Relais Santé devraient en bénéficier, car ils entrent dans les critères d'octroi :

«L'intervention majorée est accordée **automatiquement** aux personnes qui bénéficient d'un avantage social ou d'un certain statut tel que :

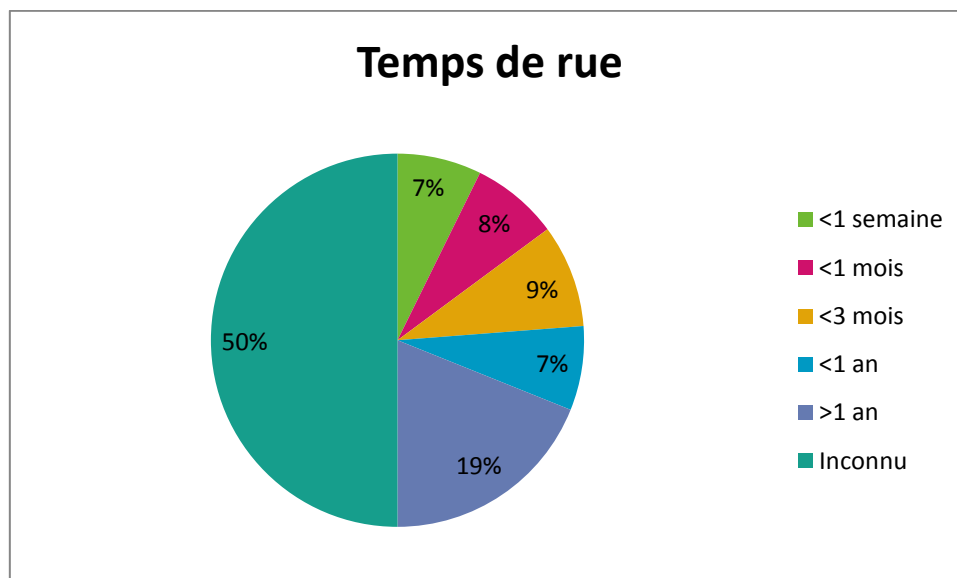
- le revenu d'intégration sociale ou aide équivalente
- la garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA)
- l'allocation aux personnes handicapées
- les enfants atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 %
- les mineurs étrangers non accompagnés (MENA)
- les enfants (de moins de 25 ans) inscrits en tant que titulaires orphelins. ⁵⁾»

D'autre part, le fait de bénéficier de ce statut préférentiel leur rend un grand nombre de soins et de traitements plus accessibles financièrement.

⁵ <https://www.fmsb.be/lintervention-majoree> ; consulté le 05/03/2018



3.1.15 Temps passé en rue lors de l'ouverture/la réouverture du dossier



Cette donnée, lorsqu'elle a pu être collectée, met en évidence que la population suivie est assez hétérogène en ce qui concerne le temps de vie à la rue. Seule exception, les personnes en situation de sans-abrisme depuis plus d'un an.

Cette donnée nous semblait importante à relever dans le sens où, à nos yeux, il est primordial que la personne puisse rebondir au plus vite.

En effet, plus la vie en rue se prolongera et plus la personne en sera marquée. La fatigue importante qui se manifeste déjà après quelques jours de vie en rue deviendra de plus en plus conséquente et handicapante dans les démarches et la vie de tous les jours. Les agressions diverses (ne fût-ce que « sociales » liées au regard que pose la société sur les personnes sans abri), le stress, l'insécurité, les intempéries et les aléas de ce « mode de vie » marqueront très vite la personne (tant physiquement que psychologiquement). Autant de raisons pour lesquelles un accompagnement le plus précoce possible est totalement justifié.

A ce sujet, il est regrettable de voir que seuls 7 et 8 % des usagers rencontrés le sont dès la première semaine ou le premier mois de vie en rue.

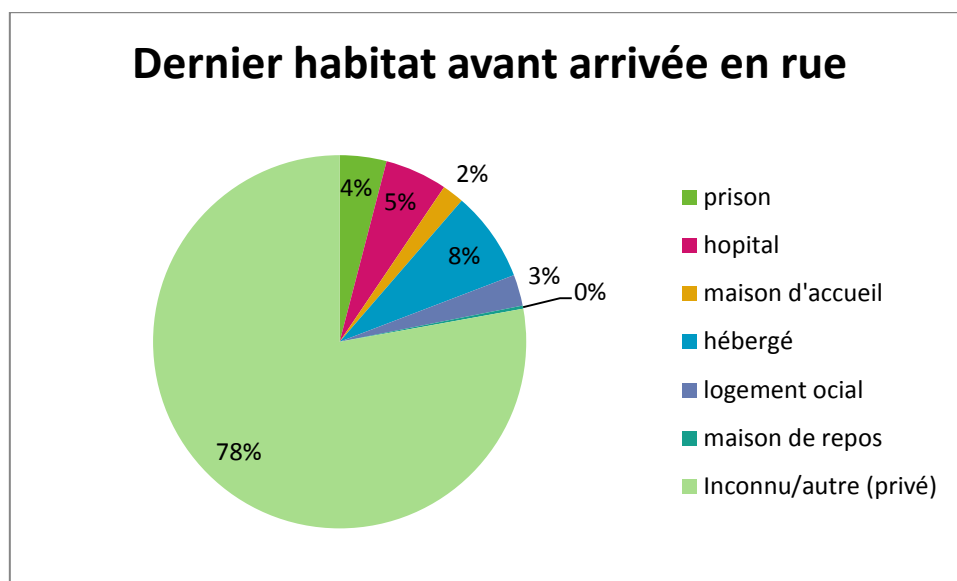
En réponse à ce constat, les travailleurs du Relais Santé sont toujours aussi impliqués que possible dans le travail de rue, permettant de détecter au plus vite les personnes sans abri.

En collaboration avec les EMR⁶, une « maraude » quotidienne est ainsi effectuée et du travail de rue supplémentaire est effectué en collaboration avec l'Urgence Sociale de la Ville de Namur les jours de week-end où les températures sont trop froides ou trop élevées.

⁶ Equipe Mobile de Rue, pilotée par le RSUN et permettant la réalisation quotidienne d'un travail de rue en binôme interservices.



3.1.16 Dernier lieu de vie avant l'arrivée en rue



Le nombre d'inconnus du dernier habitat avant arrivée en rue représente d'une part les logements privés (mais impossible à chiffrer) et d'autre part ceux inconnus. Dans ces inconnues, une proportion (difficile à évaluer, mais bien réelle) sera à ajouter aux items « prison » et « hôpital ».

Les personnes sortant de prison n'ont souvent pas envie d'en parler directement lors de l'ouverture du dossier, par crainte du jugement ou des répercussions (surtout lorsque des conditions de sortie ont été fixées à la personne et que cette dernière ne le respecte pas). En ce qui concerne les personnes sortant d'hôpital psychiatrique, elles n'ont pas toujours les capacités psychiques pour nous retracer leur parcours.

Pour ces deux items, bien que les chiffres soient plus élevés dans la réalité que ce qui est présenté ci-contre, l'équipe a tenu à ne produire que les données réellement confirmées et validées.

Ce graphique met toutefois en évidence que pour un quart (en comptant la marge d'erreur dont nous venons de parler) des personnes rencontrées et vivantes en rue, la prévention avant l'arrivée en rue aurait pu se faire plus tôt ou devrait être accentuée étant donné que soit, la personne était déjà dans un système précaire (hébergement chez des tiers) soit déjà connue par un service social (prison, hôpital, maison d'accueil, logement social).



Au moins un patient sur dix provient de l'hôpital ou de la prison lors de son arrivée en rue !

4. Récolte des données de l'année 2017 relative à l'utilisation du service

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

La récolte des données qui suit reprend deux catégories d'items.

La première catégorie permet de comptabiliser le nombre de fois où les personnes ont été 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 qu'est comptabilisé uniquement le nombre de contacts et non le nombre de personnes différentes (150 contacts ne veulent pas dire qu'il s'agit de 150 personnes différentes à chaque fois). Cette catégorie reprend donc :

- Les contacts réalisés en rue et en institution autre que le Relais Santé à l'exception des contacts réalisés en Equipes Mobiles de Rue⁷ 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 contacts réalisés en rue lors du travail en EMR.
- Les contacts réalisés avec les personnes suivies au Relais Santé dans le cadre des permanences fixes (le lundi matin et/ou le jeudi après-midi).
- Les contacts réalisés avec 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.
- En supplément de cette comptabilisation du nombre de contacts, la récolte des données épidémiologiques est réalisée sur base des dossiers ouverts lorsqu'une personne bénéficie d'un suivi dans les locaux du Relais Santé. Dans quelques cas particuliers, un dossier est tout de même ouvert si la personne ne se présente pas au Relais Santé, mais qu'un suivi important est réalisé à l'extérieur. Ce cas de figure est cependant très rare. Pour illustrer celui-ci, l'exemple pourrait être donné via la situation de ce Monsieur vivant en rue, souffrant de problèmes psychiatriques importants et ayant contracté la gale. Dans son cas, aucune prise en charge au Relais Santé n'a finalement été possible et le diagnostic médical par un médecin ainsi que le traitement ont dû se faire en rue. Afin de consigner les éléments importants, un

⁷ EMR = Equipe Mobile de Rue : projet coordonné par le RSUN. Il consiste à réaliser le travail de rue en binôme interservices (projet Salamandre – TSP – Travailleurs Sociaux de Proximité – Relais santé – Comptoir d'échange.



dossier fut ouvert. Lorsqu'un patient déjà suivi précédemment par le Relais Santé est amené à bénéficier à nouveau du service, un dossier est également ouvert, mais mentionne qu'il s'agit d'une réouverture. En effet, chaque année, les dossiers sont archivés afin de permettre une actualisation optimale de la récolte des données. Ils doivent donc être rouverts à la première prise en charge de l'année. Le nombre de dossiers annuels du Relais santé de Namur correspond donc au nombre de personnes venant physiquement au dispensaire et est fort différent du nombre de contacts total réalisé sur l'année (plusieurs contacts pouvant être réalisés avec une même personne) ainsi que du nombre de personnes différentes rencontrées sur l'année (seul un quart des personnes rencontrées entraîne l'ouverture d'un dossier en venant physiquement au dispensaire).

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 ne formulent pas de demande à la base de la rencontre (que celle-ci soit réalisée en rue ou en permanence). Ce point est particulièrement intéressant, car **c'est souvent sous couvert de cette "non-demande" que les infirmiers se font connaître et créent le lien suffisant qui permettra à la demande d'émerger par la suite**. Une bonne partie (difficile à chiffrer de manière exacte) des patients n'arrive d'ailleurs pas via une demande concrète au Relais Santé (notion de "double amorce").
- L'item «relais vers le Relais Santé» est utilisé dès qu'une personne rencontrée en dehors du dispensaire est invitée à venir dans nos locaux lors d'une permanence ou sur base d'un rendez-vous donné.
- En ce qui concerne les soins d'hygiène, l'équipe parle de soutien lorsqu'il s'agit d'apporter essentiellement une aide matérielle à la personne pour qu'elle puisse se laver. Lorsqu'il s'agit de seconder la personne pour se laver (cheveux, dos, pieds...),



les infirmiers cochent l'item « aide partielle ». L'aide complète n'est comptabilisée que lorsque la personne est entièrement dépendante des infirmiers pour réaliser ses soins d'hygiène. Ce point est également l'occasion de rappeler qu'en vue de ne pas se substituer au réseau, le Relais Santé ne propose des soins d'hygiène que lorsque ces derniers sont directement liés à un soin de santé. Pour les personnes sans besoin de soins, autonomes et ne nécessitant aucune prise en charge infirmière, un relai est réalisé vers Li P'tite Buweye ou les Sauvèrdias (services proposant un accès à des douches à moindre coût).

- 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 médicale, chacun de ces deux items étant repris séparément. Cette distinction est réalisée en vue de pouvoir analyser l'importance de la problématique des pieds (mycoses, plaies, douleurs...) dans le suivi de la santé des personnes en grande précarité. Ce point a été mis en évidence suite à l'analyse des soins réalisés les années précédentes.
- En ce qui concerne la plupart des autres items, il est pertinent de préciser trois termes utilisés par l'équipe :
 - Orientation : l'équipe fournit les informations nécessaires afin que la personne dispose des informations suffisantes pour se rendre auprès d'un autre service.
 - Relais : la situation demande qu'un contact (téléphonique, mail...) soit réalisé par l'infirmière avec le service vers lequel elle relaie la personne.
 - Accompagnement : la situation ou le contexte nécessite que la personne soit physiquement accompagnée dans sa démarche vers un autre service. Ce point peut parfois prendre de nombreuses heures voire une journée entière. C'est pourquoi l'équipe veille toujours à préserver au maximum l'autonomie de la personne et ne réalise d'accompagnement que lorsque la situation le nécessite vraiment. L'objectif est également d'éviter d'infantiliser la personne.

4.2. Les chiffres

cf. Tableaux pages suivantes



Item	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Catégorie 1						
Contacts personnes rencontrées au Relais Santé Hors permanence	544	526	425	504	509	839
Contacts personnes rencontrées au Relais Santé en permanence	1057	1065	1132	1457	1338	1701
Contacts Personnes rencontrées en rue hors EMR et institutions	1394	378	426	510	400	384
Contacts personnes rencontrées en institutions hors rue et EMR		2073	1672	1904	2070	2044
Nombre de contacts réalisés en EMR	961	1139	905	1189	1282	1863
Nombre de nouveaux dossiers ouverts	152	156	123	153	155	221
+ Nombre de dossiers rouverts	33	55	94	129	132	149
Total dossiers ouverts sur l'année	185	211	217	282	288	370
Nombre de personnes différentes rencontrées sur l'année	*	883	871	998	1186	1305
Nombre d'entretiens téléphoniques	*	*	*	174	189	341
Demandes médicales	996	1237	1103	1469	1298	1408
Demandes santé mentale	243	222	243	410	293	439
Demandes sociales	463	526	403	582	895	1436
Demandes soins d'hygiène	169	112	263	306	317	480
Demandes assuétude	23	32	13	59	48	50
Pas de demande initiale	1197	3136	2451	3191	3063	3541
Nombre de relais vers le Relais Santé	318	610	607	955	841	1131
Nombre de permanences Relais Santé	*	92	95	96	90	90
Nombre de passages à Li P'tite Buwèye	10	27	19	17	4	5
Nombre de contacts réalisés à Li P'tite Buweye	*	260	146	84	16	40
Nombre de permanences au Resto du Cœur	*	44	46	40	44	39
Nombre de contacts réalisés au Resto du Cœur	*	755	704	704	697	716
Nombre de permanences à UMT	*	37	26	31	34	31
Nombre de contacts réalisés à UMT	*	522	238	350	351	310
Nombre de permanences à l'Abri de Nuit	*	31	37	35	38	35
Nombre de contacts réalisés à l'Abri de Nuit	*	536	584	766	888	893
Nombre de passages à Li Vi Clotchi	3	2	2	9	6	6
Nombre de contacts à Li Vi Clotchi	*	*	*	23	34	44
Nombre de passages aux 2 R	*		30	52	26	13
Nombre de contacts réalisés aux 2 R	*		*	165	84	41
Nombre de participations aux EMR	84	89	70	77	93	108
Nombre de présences en rue hors EMR	*	77	59	71	57	56



Catégorie 2						
Soins d'hygiène Soutien	256	241	398	356	362	385
Soins d'hygiène Aide partielle	23	6	16	5	5	25
Soins d'hygiène Aide complète	12	0	6	9	5	19
Soins de bouche	7	3	1	0		0
Bain de pieds	136	160	83	139	159	151
Soins des pieds (sans plaie)	167	168	103	106	69	150
Education aux soins d'hygiène	14	2	1	7	4	7
Soutien famille/proche	8	8	7	13	3	5
Soutien professionnel	/	5	6	18	5	4
Prise température	24	4	6	11	11	10
Prise tension artérielle, Pouls	35	43	9	17	30	68
Prise glycémie	1	4	2	5	10	10
Dépistage parasitaire	24	13	17	11	8	20
Dépistage gale	6	9	15	33	6	15
Education à la santé	133	286	162	330	627	1272
Entretien de soutien	1098	1122	1579	2996	4173	5419
Travail compliance au traitement	31	44	20	27	16	30
Travail acceptation soins	23	24	21	22	5	8
Démarche obtention traitement/rôle propre	7	11	17	25	31	13
Soins lésion dermato sans plaies	31	13	6	6	12	19
Pansement simple	136	99	226	237	159	238
Retrait de fils	10	9	15	16	7	20
Plaie aux pieds	71	51	14	19	*	*
Pansement complexe	2	29	16	18	7	3
Traitement parasitaire	10	7	5	1	1	6
Traitement gale	5	19	13	14	4	10
Injection : sous cutanée	2	16	11	20	12	9
Injection : Intra-musc.	0	0	1	0	1	1
Prise de sang	0	0	0	0	0	0
Soins des yeux	3	4	0	2	1	0
Application crème	70	82	44	97	69	93
Orientation médicale	164	170	166	214	183	270
Relais médical	101	72	51	61	80	88
Accompagnement médical	21	25	25	15	8	13
Aide à la fourniture traitement (hors AMU, bon pharma)	32	34	42	43	59	20
Démarche MM et/ou Médecin traitant	26	58	78	90	60	75
Collaboration Médicale	64	33	36	62	59	77



Appel 112	9	9	5	5	2	2
Orientation sociale	143	180	171	236	329	414
Relais social	144	126	67	115	97	206
Accompagnement social	25	22	17	26	19	22
Mise en ordre mutuelle	11	28	14	13	2	6
Démarche bon pharmaceutique	12	15	5	9	11	9
Démarche bon médical	2	2	4	4	4	5
Démarche AMU	27	8	6	30	13	14
Démarche carte santé	0	2	2	1	1	3
Collaboration sociale	61	42	69	181	148	175
Orientation assuétude	15	11	21	47	36	63
Relais assuétude	24	11	11	17	19	14
Accompagnement assuétude	1	2	2	2	1	1
Collaboration assuétude	12	4	3	21	13	14
Orientation Santé mentale	29	15	5	18	14	20
Relais santé mentale	34	16	15	9	8	11
Accompagnement Santé mentale	15	2	3	4	1	0
Collaboration Santé mentale	28	8	13	18	16	11
Visite squat	1	2	1	0	0	0
Visite domicile	10	12	37	39	53	21
Relais EMR	0	11	3	13	8	13
Appel police	0	1	0	0	4	1
Soins pédicurie	27	25	37	82	127	95
Don matériel	321	389	552	656	799	966
Repos	*	459	833	1019	920	1236
Visite hôpital	*	12	20	47	8	7
Visite lieu de vie	*	17	12	3	8	43
Concertation	*	9	7	9	8	12
Soins vétérinaires (collabo vétérinaire)	*	11	32	52	64	67
Collaboration SSM	*	*	20	17	16	20
Accompagnement incontinence	*	*	22	28	1	26
Gestion animal	*	*	8	38	53	10
Soin fin de vie/convalescence	*	*	*	9	0	7
Soins bien-être/esthétique	*	*	*	19	33	84
Relais Housing first	*	*	*	39	57	54
Relais/collaboration Médecin du Monde	*	*	*	*	*	19



5. Constats et analyse des chiffres 2017 relative à l'utilisation du service

5.1 Nombre de contacts réalisés

Les chiffres les plus spectaculaires (étonnants, impressionnant ?) concernent l'importante augmentation du nombre de contacts réalisé au sein du dispensaire infirmier. Ainsi, une hausse de plus de 300 prises en charge en dehors des permanences (+64 % en une année !) et de près de 400 prises en charge durant les permanences ont été observées.

Le nombre de personnes différentes rencontrées sur l'année est également toujours en forte augmentation comme il a déjà pu être constaté au cours des dernières années. Ce sont donc 1305 personnes différentes qui ont été rencontrées au cours de cette année et cela, uniquement pour le centre de Namur ainsi que la périphérie de Jambes et de Salzinnes. L'équipe a rencontré une moyenne de 250 personnes différentes rencontrées par mois.

Par contre si une augmentation importante du nombre de contacts réalisés lors du travail de rue en collaboration directe avec les EMR est constatée, le nombre de contacts réalisés au sein des services partenaires reste stable quant à lui.

5.2 Les permanences au dispensaire de soins

Le nombre de permanences réalisées au dispensaire est identique à celui de l'année 2016. Dans le cadre des missions et objectifs principaux du Relais Santé, il s'agit en effet d'un des axes les plus importants. En cas de déforçement de l'équipe, il s'agira donc toujours du dernier pôle qui sera touché et la priorité sera constamment mise sur ce point pour assurer le maximum de ses permanences.

Cette priorité ultime aux permanences est donnée pour plusieurs raisons :

- Les chiffres confirment bien notre constat que beaucoup des personnes qui fréquentent notre dispensaire ne se rendent pas forcément dans les autres services, y compris ceux qui proposent un hébergement de nuit.
- Ces personnes n'ont donc à priori pas accès à l'information donnée si une permanence devait être annulée.
- D'autre part, il s'agit pour nous de personnes particulièrement vulnérables dans le sens où, justement, leur accès à l'aide sociale, aux soins et aux différents professionnels est extrêmement limité par le fait qu'elles ne fréquentent que très peu (voire pas du tout) les autres services.



Enfin, les soins et suivis réalisés au dispensaire comptent parmi les seuls qui peuvent se faire en respectant la dignité, l'intimité, l'hygiène et l'asepsie suffisante. Le travail de rue et les présences institutionnelles constituent donc un outil permettant la création du lien et l'accroche en vue de pouvoir proposer à la personne devenir au dispensaire ou de la relayer vers un service médical adapté. Ces passages en rue et en institution ne permettent souvent pas d'approfondir une problématique avec la personne, ne fût-ce que par le manque d'intimité présent dans ces structures d'accueil.

Pour cette année 2017, ce sont 370 dossiers (presque 100 de plus que l'année précédente) qui ont été ouverts. Les permanences bihebdomadaires (lundi matin et jeudi après-midi) ont drainé **une moyenne de 19 personnes par permanence !**

Ce chiffre qui ne fait qu'augmenter au fil des années (15 personnes de moyenne en 2016) met l'équipe face aux limites des bâtiments qu'elle occupe. Pour drainer un tel nombre de personnes, un bureau administratif et une seule salle de soin sont réellement trop justes. La petite salle d'attente est souvent comble, ce qui, au-delà de l'inconfort généré pour les patients et l'équipe, peut être source de friction et de violence.

D'autant plus que derrière cette moyenne se cachent quelques permanences plus calmes (en début de mois ou lorsque le temps est très beau) et d'autres surchargées (jusqu'à 34 personnes) durant certains jours particulièrement froids en période hivernale.

Les perspectives de trouver de nouveaux locaux pour un futur prochain sont donc accueillies avec soulagement.

5.3 Quelques points spécifiques concernant certaines demandes et actes réalisés

Concernant le nombre de dons matériels réalisés, il est en constante augmentation également. Cela est dû à plusieurs facteurs :

- Premièrement, d'une année à l'autre, la période hivernale ou de grandes chaleurs peut être très différente et les températures ressenties vont clairement influencer le nombre de demandes en termes de matériel. Ensuite, le nombre de personnes ne percevant initialement aucun revenu étant important, il est légitime que ces mêmes usagers aient des demandes en termes de matériel.



- Ensuite, si les infirmières de l'équipe veillent toujours à responsabiliser la personne en ce qui concerne ses fournitures lorsqu'elle dispose de ressources financières, les aléas de la vie font que certaines demandes ne peuvent être postposées (ex : personne exclue de l'abri de nuit vers la fin du mois, n'ayant plus de ressource et réclamant un sac de couchage ou une couverture, personne souffrante réclamant des habits adaptés, usager demandant une nouvelle paire de chaussures et arrivant en chaussettes, car ses souliers ont été dérobés pendant la nuit...).

Le matériel demandé est toujours d'ordre pratique : sac de couchage, couverture, habits adaptés, trousse de toilette, chaussettes et sous-vêtements, chaussures. Il n'est donc pas rare de tomber à cours de certains articles. Pour faire face aux demandes constantes d'une population sans cesse grandissante, l'équipe du Relais Santé fait appel aux dons afin de pouvoir compléter au maximum ses stocks et de répondre au mieux aux besoins du public. En parallèle, les infirmières tentent de responsabiliser le plus possible les usagers en proposant de faire laver les habits, de se rendre dans les vesti-boutiques, donnent des conseils pour faire durer le matériel, évaluent au préalable si la personne ne peut se payer elle-même les fournitures lorsqu'elle dispose d'un revenu suffisant...

Concernant le nombre de demandes de repos, celui-ci explose pour cette année, comme de nombreux autres chiffres. Certes, cela peut être proportionnellement explicable par l'augmentation du nombre de suivis et de personnes différentes, mais cela s'explique également par le fait que beaucoup d'usagers verbalisent et montrent une grande fatigue. De plus, une plus de la moitié des personnes fréquentant le dispensaire vivent en abri de fortune, en rue ou en squat et ne fréquentent pas l'abri de nuit.

En l'absence actuelle d'espace d'accueil de jour, nombreux sont ceux qui, se sentant en sécurité et au chaud au sein d'un service, se laissent profiter pour se reposer un peu. Cette année, le Relais Santé a pu bénéficier de plusieurs fauteuils adaptés (via un don) et ces derniers ont directement trouvé leur utilité au sein du dispensaire.



5.4 Les présences institutionnelles

Celles-ci continuent de s'effectuer de manière hebdomadaire pour les services tournant autour de l'accueil de nuit.

Une permanence est donc réalisée par une infirmière au Resto du Cœur le lundi matin dès 7 h. Cette permanence permet de rencontrer les usagers directement à la sortie de l'Abri de nuit. Il s'agit d'un moment clé, car, organisé juste avant la permanence au dispensaire, il permet d'y relayer directement les personnes. Ce passage au Resto du Cœur permet aussi de donner un rendez-vous après le week-end ou encore de rencontrer aussi tôt que possible les éventuels nouveaux arrivés du week-end.

Les permanences du mercredi soir à Une Main Tendue permettent de rencontrer les personnes qui viennent y manger ou se reposer au chaud en attendant l'ouverture de l'Abri de nuit. Les personnes qui y sont rencontrées seront généralement revues plus tard au sein de l'hébergement d'urgence, mais pas systématiquement. Ce passage permet donc d'accrocher d'autres personnes.

L'équipe infirmière réalise également une permanence fixe le mercredi soir à l'Abri de nuit jusqu'à 22 h, heure à laquelle les usagers vont le plus souvent dormir. Il s'agit ainsi d'approcher un maximum de personnes, le plus rapidement possible après leur arrivée en rue, mais aussi, et surtout d'établir un travail de qualité en relation directe avec l'équipe de l'Abri de nuit et de l'Urgence sociale.

Depuis la mise en place de cette collaboration fructueuse, de nombreux soucis de santé ont ainsi pu être détectés ou évités et assurer ainsi à tout le monde (usagers comme professionnels) un moindre risque en ce qui concerne la santé (transmission de maladies, décompensation d'une maladie physique, sentiment d'insécurité...).

Une moyenne de 25 personnes est donc rencontrée à chaque passage. Les relais peuvent ensuite être facilement réalisés vers la permanence-dispensaire du jeudi ou encore vers la permanence de Médecins du Monde qui a également lieu (volontairement) le lendemain midi.

5.5 Les soins et actes réalisés et les services proposés

Les permanences au dispensaire sont réalisées par l'équipe infirmière. Aucun médecin n'est présent lors de ces permanences. Il s'agit d'une volonté assumée de la part de l'équipe. D'une part, il serait fort difficile de trouver un médecin bénévole qui puisse assurer ces permanences de manière fixe et pérenne, mais d'autre part, les missions du Relais Santé prévoient justement de ne pas se substituer au réseau existant.



Pour respecter ces missions et limites, pour maintenir un processus dynamique dans le chef des patients et favoriser l'accès à des soins de santé conventionnels, tout est donc mis en œuvre pour mobiliser au maximum le patient.

Cependant, afin de prendre en compte la réalité des personnes de la rue (absence de mutuelle, séjour irrégulier, état de santé momentanément trop dégradé pour faire un long trajet à pieds, nécessité d'avoir un diagnostic et/ou un traitement rapide en cas de gale par exemple...) certaines collaborations spécifiques ont été mises en place avec des maisons médicales ainsi que l'antenne namuroise de Médecins du Monde.

5.5.1 Les soins infirmiers généraux et les démarches médico-sociales

Au niveau des démarches sociales, l'équipe a comptabilisé 25 % d'orientations sociales supplémentaires par rapport à l'année dernière et augmenté de 112 % son nombre de relai vers d'autres services sociaux (avec contacts téléphoniques, courrier, démarches actives...). En effet, l'équipe met un point d'honneur à favoriser un circuit de soins permettant un accompagnement plus global pour le patient. Ainsi, il n'est pas rare de fonctionner en réelle collaboration avec des infirmières de «relai en soin de plaie» ou encore des services d'urgences médicales assurant un suivi le week-end. Étant toutes infirmières, nous avons une connaissance partielle des démarches plus sociales demandant une connaissance accrue dans des domaines spécifiques tels que l'Aide à la jeunesse ou encore la législation immobilière. Ainsi, afin d'obtenir des réponses et des actes qui se posent le plus rapidement possible, nous n'hésitons pas à prendre des informations au départ de nos locaux pour pouvoir dispenser aux usagers les bonnes informations et éviter le plus possible qu'ils ne soient renvoyés d'un service à l'autre.

5.5.2 Les services complémentaires proposés au Relais Santé

Afin de répondre au mieux aux besoins et problématiques de la population rencontrée, le Relais Santé a mis en place différents services complémentaires. Ces offres, qui pourraient sembler s'éloigner du domaine du soin et de la santé, sont pourtant totalement en adéquation avec la mission principale de l'équipe qui est de rattacher les personnes en très grande précarité avec un niveau de santé globale (physique, mais aussi psychique et sociale) satisfaisant.



Ainsi, au niveau santé mentale, une permanence est organisée toutes les deux semaines en collaboration avec un Service de Santé Mentale (en dehors des grandes vacances). Cela permet à la fois de répondre à un besoin bien présent, mais également de permettre de « casser » quelque peu l'image négative que peuvent avoir beaucoup de patients vis-à-vis des professionnels de la santé mentale en général.

Les demandes en termes de santé mentale ont atteint cette année un nombre encore jamais atteint auparavant. De plus, dans beaucoup de cas, la pathologie est telle que la personne n'est pas/plus en état de formuler une demande à ce niveau. Ses demandes vont donc être biaisées surtout si le problème majeur sous-jacent est une psychose. Si le Relais Santé a traité 439 demandes de santé mentale sur l'année 2017, ce nombre de demandes, si nous ne nous basions pas uniquement sur la demande formulée par le patient lui-même, serait certainement deux fois plus élevé, en témoigne le nombre plus qu'impressionnant d'entretiens de soutien réalisés (5419 sur l'année !). Face à l'ampleur de cette problématique, nous pouvons naturellement s'étonner du petit nombre d'orientation, de relai et de collaboration en termes de santé mentale. Il s'agit simplement du fait que peu de choses concrètes, réalistes et réalisables existent localement pour répondre aux besoins de ces personnes.

Au niveau de la santé physique, les soins de pédicurie proposés par les deux infirmières ayant suivi la formation de pédicure médicale rencontrent un grand succès. Ce besoin était criant et ne pouvait être satisfait via le secteur conventionnel. D'autre part, malgré quelques propositions de bénévolat, les soins des pieds et des ongles des personnes sans abri étant tellement spécifiques (plaies associées, hygiène spécifique, mycoses importantes, maladie mentale ne permettant pas de réaliser les soins de manière habituelle ou optimale...) il était indispensable qu'ils puissent être effectués directement par des infirmières de l'équipe.

En 2017, 95 soins de pédicurie ont été réalisés, soit un peu moins qu'en 2016, mais l'état des pieds des patients suivis s'est considérablement amélioré, espaçant ainsi les besoins en termes de pédicurie même si le nombre de soins de pieds a encore doublé en un an.

La permanence vétérinaire est organisée avec l'aide d'un vétérinaire bénévole une fois par mois. Elle permet à la personne de faire soigner son animal de compagnie à prix coûtant. Ce service a plusieurs objectifs :

- d'une part, il permet la création d'un lien avec le propriétaire de l'animal, lien qui peut ensuite être mis à profit pour aborder la santé du maître.
- Il favorise l'amélioration de la santé de tous en évitant la propagation de certaines maladies et parasitoses véhiculées par les animaux et pouvant être transmis à l'homme.



- Il va également permettre un meilleur accès à certaines structures nécessitant que l'animal soit en ordre de puce électronique et de vaccins pour y entrer (ex. : l'abri de nuit).

Pour 2017, 67 prises en charge vétérinaires ont été réalisées

Au niveau de la «santé sociale», la permanence coiffure remporte également un franc succès. Organisée une fois par mois, elle permet à la personne de se sentir mieux dans sa peau, d'avoir plus confiance en elle, de se poser un peu et de prendre le temps pour elle, en dehors de toute démarche ou conditionnalité. Parallèlement à cela, l'équipe se questionne sur le toucher-relationnel, et sur la manière d'accompagner les soins par des gestes bienveillants et doux afin d'inclure cette notion de bien-être même lors de soins plus techniques.

Pour 2017, ce sont 84 soins esthétiques (principalement coiffure) qui ont ainsi été effectués.

Parallèlement à ces services « annexes », des activités psycho-sociales ont été mises en place. Elles sont organisées une fois par mois et sont réalisées directement en collaboration avec les patients intéressés. Les thèmes sont donc choisis par les patients eux-mêmes, dans la mesure du réalisable. L'atelier cuisine remporte un franc succès. L'équipe a d'ailleurs été positivement interpellée par les résultats secondaires qui en ont découlé. Plusieurs personnes sans abri ont vraiment repris un lien avec certaines sensations, certains souvenirs (toucher la pâte, faire quelque chose de ses propres mains, créer quelque chose de positif, respecter une recette...).

Deux ateliers cinéma ont été proposés, le choix du film ayant été sélectionné par les usagers. Une double activité a même été proposée pour un film adapté sur base d'un roman. Les patients qui le souhaitaient avaient donc la possibilité de lire le livre au préalable, ce qui fut fait pour trois d'entre eux.

Ces ateliers, outre le fait de proposer une parenthèse dans la réalité de la rue, ont réinstauré une dynamique positive pour plusieurs patients. Alors que ces derniers étaient en situation de sans-abrisme depuis plusieurs années, trois d'entre eux ont ré-entamé des démarches actives plus ou moins conjointement. Est-ce le hasard, est-ce le fait d'avoir « regoûté » au confort que peut apporter un « chez-soi » (cuisiner, faire quelque chose de ses mains, avoir des loisirs...) ? L'équipe ne peut que constater que ces démarches se sont lancées conjointement aux activités réalisées.



5.6 La formation continue et proactive de l'équipe ainsi que ses interventions extérieures

Afin d'assurer des soins de qualité, d'être toujours plus efficaces dans le suivi des patients, mais aussi de ressourcer l'équipe, les infirmières sont très proactives et enthousiastes en ce qui concerne ce pôle.

Participations à des formations, colloques, informations... :

- Finalisation et clôture de la supervision du Relais Santé en avril 2017 (3 dernières réunions en janvier, février et avril)
- 5 réunions d'Intervision avec l'équipe et le médecin référent, le Docteur Albert Fox (organisées en janvier, février, mai, juin et novembre 2017).
- Durant la période du 27 mars 2017 au 16 avril 2017, une des infirmières du Relais Santé a eu l'occasion de se rendre à Lausanne dans le canton de Vaud en Suisse pour la réalisation de son mémoire intitulé « Comprendre les risques vécus par des travailleurs en contact direct et permanent avec des usagers de maisons d'accueil pour hommes en difficulté. » Dans le cadre d'un cursus de Master en Ingénierie et Action Sociale. Lors de cette mobilité, organisée en collaboration avec des services sociaux vaudois tels que La Marmotte (hébergement d'urgence évoquant l'abri de nuit), la Fondation Accueil Bas Seuil (rassemblement de différents accueils de jour pour adultes consommateurs de drogue ou d'alcool), L'armée du Salut ou encore l'Equipe Mobile d'Urgence Sociale (équivalent du Dispositif d'Urgence Sociale Wallon), elle a pu rencontrer des travailleurs et usagers des services, mais encore réaliser des immersions au sein de chacune de ces équipes afin d'y percevoir leurs réalités de terrain. La Suisse francophone a l'avantage d'être proche géographiquement, mais aussi de partager une culture et des conceptions du travail social proches de celles en vigueur en Belgique francophone. Dans cette approche internationale, son objectif était d'observer et de prendre part aux pratiques de travailleurs considérés comme « à risques », en raison de leur proximité avec les usagers.
- Participation à la matinée de conférence organisée par le collectif des gens du voyage, Théâtre de Namur, le 09 mai 2017.
- Participation de 3 infirmières de l'équipe à la formation d'une matinée « traitement de substitution et Méthadone », organisée par le comptoir d'Echange (NESS) (Le 07 décembre)
- Journée d'actualisation en soins de plaies, suivies par l'entièreté de l'équipe, le 15 décembre 2017, organisée par l'Henallux section paramédicale Namur.

Au-delà de la formation continue, l'équipe du Relais Santé a à cœur de partager au maximum les informations utiles pour la bonne compréhension des problématiques liées à la vie en rue.



Autant que possible, les infirmières participent donc activement à la réalisation de colloques, d'informations, de cours, sur différents sujets tournant de près autour de la problématique de la grande précarité.

Animation, organisation ou participation active avec intervention :

- Intervention d'une après-midi donnée par les coordinatrices du Relais Social Urbain et du Relais Santé auprès d'une classe d'étudiants bacheliers en assistant social français (organisé par l'Henallux, département social sur la thématique du développement du pouvoir d'agir. (le 06 mars 2017)
- Intervention d'une demi-journée réalisée par la coordinatrice adjointe du Relais Santé dans le cadre des cours interfacultaires de bioéthique, donnés à l'Université de Namur. (Le 18 mai 2017)
- Intervention durant la journée du colloque organisé par le CRéSaM à Namur et animation des ateliers (Le 12 octobre 2017).
- Participation à la journée plénière et aux ateliers de travail organisé par le CAI, à la Marlagne, Namur. (Le 10 novembre 2017).
- Participation active aux groupes de travail traitant du « non-recours au droit » ou encore de « l'arrivée en rue » répartis sur l'année 2017 et organisés par le Relais Social Urbain Namurois.

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

L'année 2017 fut encore très chargée au niveau du travail réalisé et des besoins rencontrés sur le terrain. Le nombre de personnes différentes rencontrées est en constante évolution, de même que l'importance des besoins et des demandes reçues par l'équipe. Il est important de souligner que la méthodologie de travail n'a pas été modifiée et que les critères de rencontre de ces personnes restent identiques. Il s'agit donc bien d'une réelle augmentation de ce public.

Parallèlement à ce constat, la fréquentation des permanences infirmières est toujours plus importante. L'équipe doit actuellement faire face à une moyenne de 19 personnes par permanence, mais ce chiffre montre parfois jusqu'à plus d'une trentaine de patients. Ce constat est assez alarmant, car actuellement, les locaux n'étant pas extensibles, il est de plus en plus difficile pour les infirmières de répondre à tous les besoins de soins qu'elles reçoivent avec uniquement une salle de soin et un bureau. Si ces demandes devaient encore évoluer prochainement, l'équipe se verrait confrontée à un réel problème. Un défi sera donc de



trouver une solution concernant de nouveaux locaux, plus adaptés à l'importance du public accompagné.

Ensuite, toujours à partir de cette augmentation du public, le besoin d'un accueil de jour est une question toujours sans réponse. L'existence d'un lieu d'accueil, chauffé et adapté, accessible en journée pour les personnes sans abri permettrait de solutionner certains besoins actuellement non remplis. Les personnes pourraient s'y poser, se reposer, avoir un point de chute pour réaliser certaines démarches (téléphone, accès internet...), mais aussi pour déposer leurs affaires durant leur réalisation (plus facile de prendre le bus ou de marcher lorsqu'on ne doit pas transporter plusieurs sacs).

Parallèlement à cette augmentation du public, les besoins en termes de santé mentale sont également toujours plus importants. Malheureusement, les possibilités de réponse à ces besoins sont extrêmement réduites et ne conviennent souvent pas à la situation des personnes en rue (délais importants avant prise en charge ambulatoire ou hospitalisation, besoin d'un domicile, nécessité d'un prédiagnostic ou d'un arrêt de la consommation préalable...). L'équipe est souvent démunie en ce qui concerne les pistes de solutions extérieures d'autant plus que de nombreux autres services viennent également vers elle pour cette même problématique de santé mentale. La plupart du temps, les infirmières sont donc confrontés, de par l'absence d'alternatives et d'autres solutions, de réaliser la prise en charge elle-même, avec toutes les limites que comporte leur réalité (pas de psychiatre ni de médecin, pas de traitement et pas d'hospitalisation). Elles visent alors l'accompagnement de la crise vers un meilleur état de bien-être et d'équilibre pour la personne, en gérant au quotidien les besoins les plus urgents pour la personne et en collaborant au maximum avec le réseau local. Par la suite, une fois la situation aiguë dépassée, il est très fréquent que, faute de relai possible, le suivi santé mentale continue au relai santé. Le nombre d'entretiens de soutien et de suivi de personnes très fortement touchées par un problème psychiatrique (schizophrénie, trouble bipolaire très déséquilibré, psychose paranoïaque...) est d'ailleurs « l'intervention » la plus réalisée au Relais Santé.

Parallèlement à ce constat alarmant, l'équipe a pu objectiver qu'un nombre important d'usagers provenait du secteur hospitalier (psychiatrique le plus souvent) et du milieu carcéral. Selon ces chiffres, pour les personnes dont il est possible de déterminer le dernier lieu de vie avant l'arrivée en rue, une personne sur six provient de l'hôpital et une sur six également de la prison.

Ce constat, chiffré pour la première fois, est également très interpellant et nécessite une réflexion et un approfondissement du problème.



Enfin, le réseau local a pu constater une augmentation des situations d'agressivité et de passage à l'acte. Les raisons en sont peut-être l'augmentation importante du public, qui, confronté à devoir fréquenter les mêmes services durant la journée et sur des périodes importantes (faute de lieu d'accueil de jour adapté) est probablement plus soumis à des tensions interpersonnelles.

Si l'équipe du Relais Santé n'a pas constaté de réelle augmentation des faits de violence lors de ses permanences ou de son travail de rue, elle a pu le constater lors des présences institutionnelles chez d'autres partenaires. De plus, certains faits particuliers ont amené les infirmières à se pencher sur la question de leur sécurité et des possibilités d'améliorer celle-ci. Une formation spécifique en gestion de la violence et en self-défense sera donc entamée en 2018.

6. Evaluation de l'atteinte des objectifs 2017

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 – 90 permanences ont pu être réalisées sur cette année.
1 b : Réaliser le suivi de soins individuel sur rendez-vous hors permanences	1 b : INFO : Nombre de suivis de soins réalisés hors permanences	OUI – 839 suivis hors permanences ont pu être réalisés en 2017. (+ 64 % en un an !)

Objectif général 2 : Veiller à la création et au maintien du lien avec le public cible		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
2a : Pratiquer l'outreaching	2a : participation aux EMR prévues à raison de 80 % minimum	OUI – L'équipe du relais santé a participé à 108 EMR ce qui prend en compte des EMR

		<p>propre au Relais Santé et celles réalisées avec le DUS⁸ lors des plans saisonniers.</p> <p>581 contacts supplémentaires ont ainsi pu être réalisés par rapport à l'année 2016</p>
<p>2 b : Assurer les présences et permanences institutionnelles prévues</p>	<p>2 b : participation aux permanences institutionnelles prévues à raison de 85 % des présences prévues. <i>[Une Main Tendue –Abri de Nuit -Resto du Cœur]</i></p>	<p>OUI – Les permanences institutionnelles ont été réalisées autant que possible et n'ont été que très rarement annulées pour raison d'indisponibilité de l'équipe. Il faut également tenir compte des périodes de fermetures des différents services. 31 permanences ont été réalisées à UMT, 35 permanences ont été réalisées à l'ADN et 39 permanences réalisées aux Resto du cœur.</p>
<p>2 c. Etre vigilant aux endroits fréquentés par le public cible.</p>	<p>2 c. visite de lieux pour évaluer la pertinence d'un passage potentiel <i>[ex. Li Ptite Buweye, Les petits cafés au grand cœur, etc.]</i></p>	<p>PARTIELLEMENT – ces services ont fait l'objet de passage du Relais Santé, mais moins que souhaité. Cette diminution est inhérente surtout à l'augmentation du nombre de participation aux EMR ainsi qu'à la charge de travail toujours plus importante d'année en année (cf. nombre de personnes vues en permanences et surtout hors permanences).</p>
<p>2 d. Travailler la relation de confiance avec les patients.</p>	<p>2 d. Régularité des permanences 2 d. Nombre d'entretiens de soutien 2 d. Proactivité – Fréquentation spontanée des permanences <i>[parfois via le bouche-à-oreille]</i></p>	<p>OUI – les permanences ont été organisées de manière systématique à l'exception des jours fériés et cas de forces majeures exceptionnels.</p> <p>-5419 entretiens de soutien ont été réalisés, soit une augmentation de 29 % par rapport à 2016 !</p> <p>- 19 % des personnes venues aux permanences ont eu connaissance du service par le bouche-à-oreille.</p>

⁸ Dispositif d'Urgence Sociale



Objectif général 3 : Prendre en charge les besoins fondamentaux⁹ 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 – cf. nombre de demandes reçues par l'équipe (médicale, sociale, santé mentale, assuétude, hygiène) ainsi que le nombre d'entretiens de soutiens
3 b. Mettre en évidence les besoins prioritaires.	3 b. Méthodologie interne	OUI – cf. protocole
3 c. Relayer au réseau en fonction des besoins identifiés.	3 c. Nombre de relai	Oui – cf. Rapport d'activité annuel et transmissions régulières au RSUN.
3 d. Relayer les besoins non-couverts au RSUN ou autres partenaires.	3 d. Relais réalisé	OUI – les réflexions concernant les difficultés d'accès aux droits, de même que l'accès aux soins ou encore le besoin d'un accueil de jour sont au cœur des préoccupations de l'équipe qui relaie et participe activement à toutes les réunions/réflexions concernant ces besoins.

Objectif général 4 : Etre vigilant à la santé mentale du public cible		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
4a. Connaître le réseau existant en matière de santé mentale sur le Namurois.	4a. Connaissance du réseau et rencontre d'éventuels nouveaux services.	Oui – le réseau est connu et l'équipe est proactive en ce qui concerne la rencontre et les informations concernant les nouveaux services.
4 b. : Collaborer étroitement avec les services existants en suivi psychiatrique/santé mentale dans le Namurois.	4 b. Info : nombre de relais, accompagnement et/ou orientation vers le réseau en santé mentale. 4 b. Réalisation à 85 % des permanences prévues en	OUI- les permanences avec Le service de Santé mentale sont prévues et organisées sur l'année avec une pause durant les grandes vacances soit entre 16 et 18

⁹ Les 14 besoins fondamentaux édictés par Virginia Henderson, à savoir : Le besoin de respirer, le besoin de boire et de manger, le besoin d'éliminer, le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position, le besoin de dormir et de se reposer, le besoin de se vêtir et de se dévêtir, le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale, le besoin d'être propre et de protéger ses téguments, le besoin d'éviter les dangers (besoin de sécurité), le besoin de communiquer, le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances, le besoin de s'occuper et de se réaliser, le besoin de se récréer et enfin le besoin d'apprendre.



	collaboration avec le Service de Santé Mentale Astrid. 4 b. Information et sensibilisation des partenaires et des politiques sur la prévalence des problématiques de santé mentale du public cible.	permanences communes. 439 demandes en termes de santé mentale ont été reçues et accompagnées par l'équipe. 20 orientations santé mentale, 11 relais et 11 collaborations ont été effectués.
--	--	---

Objectif général 5 : Connaître/collaborer/Orienter vers le réseau existant		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
5a. Connaître et orienter vers le réseau en matière de santé physique et assuétudes.	5a. Relais/Collaborations/orientations vers les services de santé. 5a : Répertoire interne disponible et mis à jour.	Oui. Ce travail est effectué quotidiennement et les éventuels nouveaux services sont rencontrés.
5 b : Connaître et orienter vers le réseau existant en matière de santé mentale.	5 b. Relais vers/Collaborations avec les services du secteur de la santé mentale 5a : Répertoire interne disponible et mis à jour.	OUI. Ce travail est effectué quotidiennement et les éventuels nouveaux services sont rencontrés.
5 c. Connaître et orienter vers le réseau existant en matière d'action sociale.	5 c. Relais vers/Collaborations/Orientation avec les services du secteur de l'action sociale 5 a : Répertoire disponible et mis à jour de toutes les institutions existantes sur le Namurois.	OUI. Ce travail est effectué quotidiennement et les éventuels nouveaux services sont rencontrés.
5 d : Dès que possible, viser l'affiliation du patient à un médecin traitant.	5 d : INFO : nombre d'affiliations nouvelles à un médecin mises en place par le Relais santé 5 d : 75 % des patients suivis au relai santé seront affiliés à un médecin traitant et/ou une maison médicale.	Partiellement. L'affiliation à un médecin traitant reste une priorité pour l'équipe du Relais Santé, mais la réalité psycho-sociale des patients suivis pose souvent des freins. Au final, si seule la moitié des usagers dispose d'un médecin traitant, ils sont plus nombreux à pouvoir avoir accès à un médecin en cas de besoin, car le Relais Santé peut relayer à des médecins de manière occasionnelle en fonction des besoins de la situation. Ex : Médecins du Monde...

Objectif général 6 : Favoriser/Rétablir l'accès du public-cible à ses droits		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
6a : Connaître la base du	6 b : INFO : actualisation des	Oui – Les informations sont



droit social et le réseau existant en matière d'aide juridique ou sociale.	connaissances et mises à jour régulières des procédures.	actualisées et à disposition de l'équipe.
6 b : 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.	6 b : rencontre des services en cas de nécessité.	OUI- ce point est rencontré et les contacts nécessaires ont lieu lorsque la situation le nécessite (services juridiques, services juridiques d'accompagnement des migrants, administrateurs de bien, avocats, Palais de Justice, médiation de dettes du CPAS...).
6 c : Accompagner/Relayer les personnes.	6 c. Nombre d'accompagnements/de relais.	OUI – En ce qui concerne les demandes sociales, 206 relais ont été réalisés (+112 % en un an!), 22 accompagnements et 175 collaborations plus complexes. De plus, 414 orientations ont été réalisées. (+25 % en un an).

Objectif général 7 : Assurer le rôle de relai de l'information et de sensibilisation des problématiques vécues par les personnes en grande précarité (professionnels, pouvoirs subsidiaires, grand public).		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
7a : Réaliser systématiquement une récolte des données rigoureuse et opérationnelle.	7 a : Réalisation et comptabilisation de la récolte des données au terme de chaque mois. 7a. Actualisation des items en fonction de la réalité de terrain. Pour 2017, seront ajoutés les items suivants : - provenance de la personne (prison, MR, MA, etc.) - durée du séjour en rue	Oui – Ce point est rempli de manière rigoureuse. De plus les items ont été actualisés pour cette année et de nouvelles données ont été répertoriées afin d'améliorer et d'objectiver au mieux les besoins et situations des patients suivis au dispensaire. Les nouvelles données ont été comptabilisées et se retrouvent au sein des graphiques repris en début de rapport.
7 b : Rédiger un rapport d'activité annuel reprenant les chiffres importants ainsi que les constats relevés.	7 b : Réalisation rapport d'activité.	Oui – cf. Rapport d'activité
7 c : Organiser et/ou participer aux formations/informations.	7 c : Participation à une sollicitation minimum par année en ce qui concerne la sensibilisation des professionnels ou du grand	Oui – L'équipe a été sollicitée et a participé à plusieurs reprises à des informations/formations dans des écoles d'enseignement



	public à la problématique de la santé des personnes sans abri.	secondaire d'enseignement. cf. Point 5.6
7 d : Accueillir des stagiaires infirmiers pour les sensibiliser à la prise en charge des personnes en grande précarité.	7 d : 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 - 5 étudiants infirmiers et 1 étudiant infirmier réalisant un travail de fin d'études ont été accueillis durant l'année scolaire. L'équipe a également rencontré plusieurs étudiants (infirmier, assistant social, éducateur) afin de répondre à leurs questions dans le cadre de travaux.
7e : Diffuser un folder spécifique au Relais santé, à destination des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation du folder - soumission aux patients pour voir s'il est adapté - Distribution 	OUI - Le folder explicatif est réalisé et réactualisé régulièrement en collaboration directe avec le Relais Social Urbain Namurois. Pour la diffusion, il est par contre réservé aux professionnels ou lors des journées d'échanges. Les patients reçoivent les cartes de visite (refaites cette année) ainsi que le folder lié au travail de rue, beaucoup plus pertinent.

Objectif général 8 : Assurer le bien-être et la sécurité de l'équipe, ainsi que la pérennité du service.		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
8a : Organiser une réunion bimensuelle entre les membres de l'équipe.	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser un moment de réunion - 85 % des réunions prévues sont réalisées 	Partiellement – Ces moments de réunions ont été plus fréquemment organisés, mais seulement à partir du milieu de l'année. L'accent sera mis pour 2018 sur le respect de la périodicité de ces réunions primordiales.
8 b : Organiser des réunions d'intermission avec le médecin référent du Relais santé.	<p>8 b : Une réunion 1 x/6 semaines) au minimum est réalisée (soit 8-9 réunions sur l'année)</p> <p>8 b. Réserver 1 réunion sur 2 au Relais santé (sans le Relais santé Basse-Sambre)</p>	OUI – Ces réunions ont eu lieu avec la présence occasionnelle du Relais Santé Basse Sambre. 5 réunions ont eu lieu sur l'année, en tenant compte des périodes de grandes vacances où ces réunions n'étaient pas possibles. Pour 2018, ces réunions seront maintenues, mais le jour modifié afin que toute



		l'équipe puisse participer à cet échange.
8 c : Maintenir et organiser des réunions de supervision extérieure.	8 c : Réunions de supervision en fonction des besoins	OUI – Ce besoin est constamment réévalué. Outre la supervision suivie dans le cadre des réunions Equipe Mobile de Rue, une supervision avec un nouveau superviseur a été ré-entamée fin d'année 2016 et clôturée au cours de cette année 2017.
8 d : Détecter et mettre en place des procédures nécessaires au maintien de la sécurité et du bien-être des membres de l'équipe.	8 d : Mise à jour des protocoles 8 d : Mise en place des actions logistiques nécessaires à la sécurité et au bien-être des travailleurs 8 d. Veiller à des périodes de répit en cas de besoin (fermeture du service)	OUI – Les protocoles sont clairs et connus par l'équipe, notamment en ce qui concerne les soins de plaies et les suivis/traitements de maladies contagieuses après diagnostic par le médecin lorsque nécessaire (gale...). Des périodes de répit sont exceptionnellement convenues lorsque l'équipe est fort déforcée. (fermeture de 3 jours du Relais Santé cette année pour cette raison).

Objectif général 9 : Se former pour actualiser ses connaissances		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
9 a : Favoriser la formation continue de l'équipe infirmière : •aux différentes problématiques de santé physique rencontrée chez les personnes en grande précarité • en matière de réalisation de soins.	9 a : Une formation ou information suivie par membre de l'équipe chaque année. 9a9 : Formalisation d'un moment de partage sur le contenu de chaque formation suivie.	OUI – Les membres de l'équipe sont constamment en demande de formation et d'actualisation de leurs connaissances (soins de plaies, psychiatrie et santé mentale, le travail de rue, l'accompagnement des personnes les plus précarisées...). Plusieurs formations/colloques/informations ont ainsi pu être suivies au cours de cette année (cf. Point 5.6).
9 b : Se former et s'informer aux différentes problématiques existantes en santé mentale et sans-abrisme.	9 b : Participation à au moins une formation/information sur l'année 9 b : Formalisation d'un moment de partage sur le contenu de chaque formation suivie	Oui - cf. journée organisée par le CRéSaM, avec participation active d'un membre de l'équipe.



7. Conclusion

En guise de conclusion, nous pourrions revenir sur le nombre de personnes en grande précarité qui ne cesse d'augmenter sur le territoire namurois ou encore insister sur les chiffres débattus précédemment pour cause de l'interpellation qu'ils entraînent au sein de l'équipe. Cela dit, il nous apparaît que ce débat a largement été créé tout au long de ce rapport d'activité qui, une fois de plus, nous rappelle à quel point la détection précoce, la bienveillance et le travail en réseau sont essentiels dans l'accompagnement de la grande précarité. En effet, s'agissant déjà d'un public en perte de lien, il est impératif d'en retisser et de remettre un réseau autour de ces personnes pour qu'elles puissent se retrouver des repères.

C'est ainsi que, par des groupes de travail, l'accueil d'étudiants, des rencontres entre Relais Santé ou encore des rencontres sur le plan international, nous nourrissons nos réflexions, nous nous remettons en question et tentons d'adapter notre accompagnement à chacun afin qu'il soit le plus efficient possible. Et ce, même si certaines limites, telles que les locaux qui deviennent trop petits ou encore le manque de services tels que l'accueil de jour et des services d'urgences psychiatriques se font ressentir.

Concernant ces points ((accueil de jour, urgences psychiatriques, taille des locaux...) divers questionnements et recherches sont activement menés avec l'espoir que dans un futur proche, des solutions puissent être dégagées.

Au niveau de la dynamique d'équipe, une certaine stabilité est maintenue, les membres étant en place depuis maintenant plus d'un an, le lien de confiance avec les usagers comme les compétences et connaissances nécessaires sont bien acquises par toutes les infirmières.

Un autre point positif est l'excellente connaissance du réseau qui permet de réaliser des orientations efficaces.

L'équipe du Relais Santé est d'ailleurs fréquemment contactée par d'autres services afin de pouvoir fournir conseils et orientations. Il est à signaler que, parmi ces demandes, nombreuses sont celles concernant des problématiques de santé mentale.

Afin de rencontrer les besoins de l'équipe concernant l'évolution constante des problématiques, mais également de la réalité du terrain, diverses formations sont déjà envisagées pour l'année 2018, notamment une formation en gestion de la violence et en self-défense ainsi qu'une formation actualisée pour tout ce qui concerne l'accompagnement de la santé des migrants et des personnes en séjour irrégulier.

