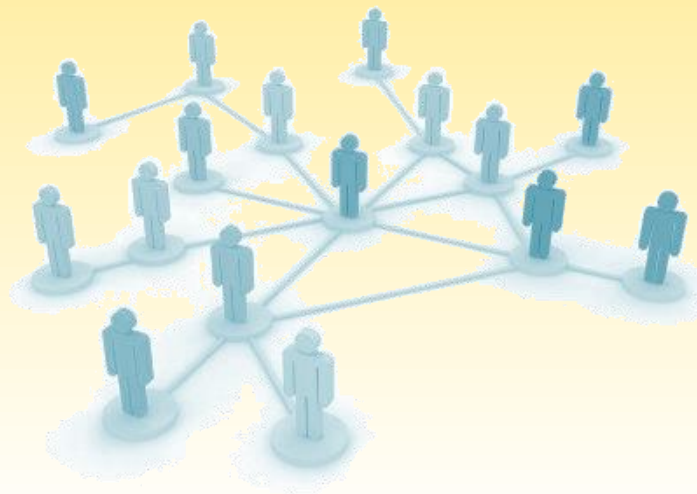


# Relais santé

## Rapport d'activités et d'évaluation

2016



## Table des matières

Table des matières .....	1
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 .....	6
3.1.2 Age .....	7
3.1.3 Etat civil.....	9
3.1.4 Avec ou sans enfant à charge .....	10
3.1.5 Nationalité.....	11
3.1.6 Statut général des patients suivis.....	11
3.1.7 Connaissance et maîtrise du français .....	11
3.1.8 Revenus .....	12
3.1.9 Situation de logement .....	14
3.1.10 Suivi médical existant ou non.....	16
3.1.11 Accessibilité géographique du médecin traitant si non mis en place par le Relais Santé .....	17
3.1.12 Lieu de la première rencontre .....	18
3.1.13 Mode de connaissance du service .....	19
3.1.14 Motif de la première visite au Relais Santé.....	20
3.1.15 Types de réponses apportées lors de la première visite .....	21
3.1.16 Statut mutuelle .....	22



3.1.17	Temps passé en rue lors de l'ouverture/la réouverture du dossier .....	23
3.1.18	Dernier lieu de vie avant l'arrivée en rue .....	24
3.1.19	Listing des problématiques principales rencontrées par les patients .....	26
4.	Récolte des données de l'année 2016 relative à l'utilisation du service .....	27
4.1	Méthodologie et précisions concernant la récolte des données d'utilisation du service	27
4.2	Les chiffres .....	29
5.	Constats et analyse des chiffres 2016 relative à l'utilisation du service .....	34
5.1	Nombre de contacts réalisés .....	34
5.2	Les permanences au dispensaire de soins .....	34
5.3	Le nombre et le type de demandes reçues .....	35
5.4	Les présences institutionnelles .....	35
5.5	Les soins et actes réalisés et les services proposés .....	36
5.5.1	Les soins infirmiers généraux et les démarches médico-sociales.....	36
5.5.2	Une particularité : la pédicurie médicale.....	37
5.5.3	La permanence Service de Santé Mentale.....	37
5.5.4	La permanence vétérinaire.....	37
5.5.5	La permanence coiffure .....	38
5.6	La formation continue et proactive de l'équipe .....	38
5.7	Les constats spécifiques, les questionnements et défis pour l'année à venir .....	39
6.	Evaluation de l'atteinte des objectifs 2016.....	41
7.	Conclusion.....	50



## 1. Introduction

Comme chaque année, la réalisation du rapport d'activité est l'occasion de faire un arrêt sur image afin d'analyser, comparer et évaluer les données collectées tout au long de l'année.

Après un peu plus de 6 années d'existence, le Relais Santé de Namur commence à trouver sa vitesse de croisière. L'équipe connaît enfin une vraie stabilité en ce qui concerne les infirmiers qui la composent. L'équipe compte donc 3 ETP répartis sur 4 infirmiers et dispose d'un renfort ½ ETP dans le cadre du Plan Hiver pour la période de novembre à mars.

L'équipe peut également compter sur la participation efficace et active de 3 bénévoles, permettant d'élargir l'offre des services proposés face à un nombre de personnes rencontrées et de demandes toujours plus important.

Ce rapport est donc l'occasion de faire le tour de tout ce qui a pu être réalisé et mis en place durant l'année 2016.

Il comportera plusieurs parties.

- La première étant la contextualisation du service et un rappel de sa méthodologie globale.
- La seconde partie permettra de présenter, analyser et commenter les données épidémiologiques qui reprennent le profil des patients qui fréquentent le Relais Santé ainsi que leurs problématiques les plus fréquentes. Afin d'améliorer sans cesse sa compréhension des mécanismes et problématiques liés à la grande précarité, l'équipe a émis le souhait d'élargir encore sa récolte des données. Ainsi, au cours de l'année 2016, 5 nouveaux items ont pu être récoltés en vue de préciser et d'objectiver toujours mieux la réalité et les besoins du public cible.

Ensuite une discussion autour des chiffres issus de la récolte des données générale permettra de mettre certains points en évidence, de soulever des questions mais aussi de faire le parallèle avec les années précédentes afin d'objectiver les évolutions dans le champ d'action du service.

Avant de conclure, ce travail sera enfin l'occasion de faire le point sur l'atteinte des objectifs 2016 afin de pouvoir établir au mieux les perspectives pour l'année 2017.

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

### **2.3 Les partenaires**

Le Relais Santé fonctionne beaucoup avec le réseau et veille à ne pas se substituer à celui-ci ni à dépasser son rôle infirmier. Il est donc souvent amené à collaborer avec d'autres partenaires, que ceux-ci relèvent de l'action sociale, de la santé mentale ou bien évidemment du pôle médical : différents services sociaux, les hôpitaux du namurois, les restaurants sociaux, le lavoir 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 2016, 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 soin sont soigneusement consignés. Ce relevé systématique permet, à la fin de chaque mois, de faire le point.

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



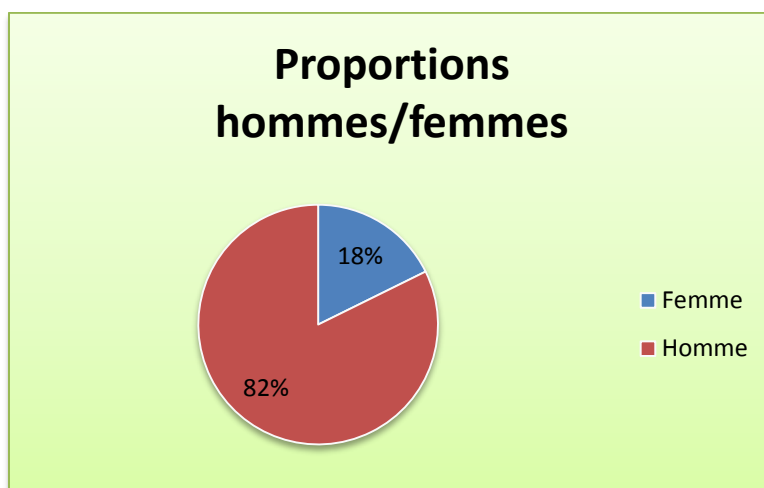
## 3. Données épidémiologiques relatives aux patients suivis au Relais Santé

### 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).

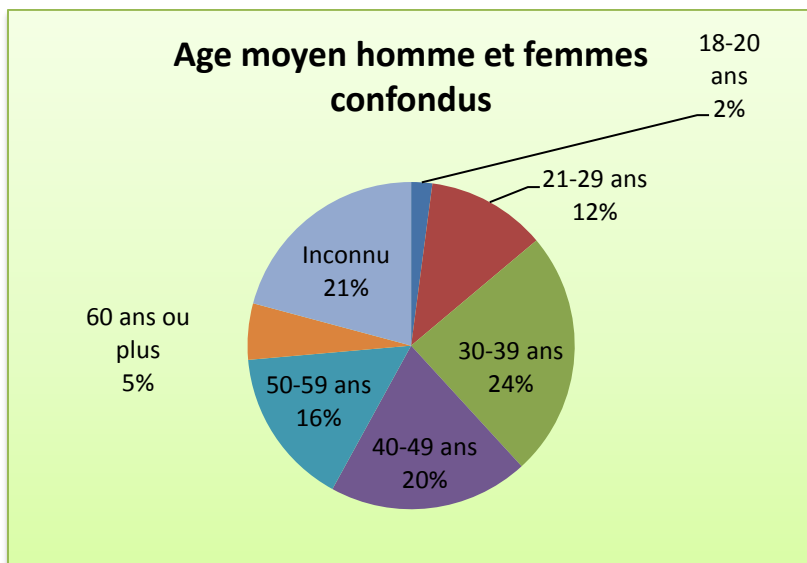
Les données des graphiques présentés sont donc issues des 288 dossiers constitués sur l'année 2016. Ils sont représentatifs des personnes suivies physiquement au dispensaire et non des 1186 personnes rencontrées au total sur l'année 2016.

#### 3.1.1 Sexe



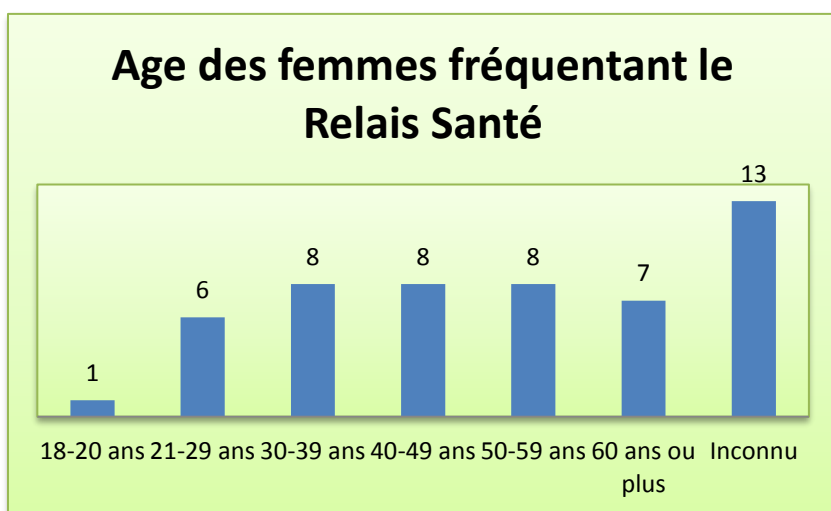
Cette proportion reste relativement stable d'une année à l'autre avec un pourcentage de femmes allant de 15% à 20% selon les années. Dans les faits, en travail de rue et à l'extérieur du dispensaire, ce même pourcentage est constaté, les femmes étant minoritaires par rapport aux hommes. Les femmes rencontrées présentent par contre une prévalence bien plus importante que les hommes en matière d'assuétudes et de problématiques de santé mentale conséquentes. En parallèle, sur les 1186 personnes différentes rencontrées sur l'année, 15.9% sont des femmes. Le Relais Santé draine donc une proportion très légèrement supérieure de femmes en ce qui concerne les patients se rendant au dispensaire. Au vu des besoins spécifiques de la population féminine, ce constat est assez compréhensible.

### 3.1.2 Age

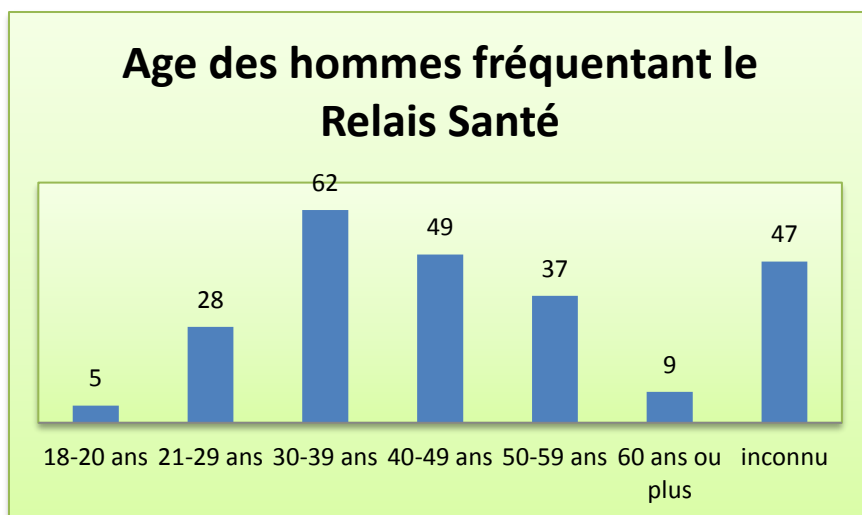


De manière générale, on peut constater un très léger vieillissement des patients suivis avec une augmentation sensible des tranches d'âges de 50-59 ans et 60 ans et plus mais également du nombre de personnes pour qui cette donnée est inconnue. Au final, cet item reste donc fort stable.

Les deux graphiques suivants ont pour objectifs de séparer les hommes des femmes en vue d'affiner un peu plus l'analyse des tranches d'âges du public rencontré.







On peut ainsi noter une grande différence dans les groupes d'âges obtenus. Si seuls 3.8% des hommes ont plus de 60 ans, on passe à 14% lorsqu'il s'agit des femmes. Les autres tranches d'âges (soit les moins de 60 ans) sont quant à elles fort semblables bien que la courbe des femmes soit tout de même plus « lisse » que celle des hommes.

Il semblerait donc que la problématique du vieillissement concerne principalement les femmes. Serait-ce parce que celles-ci, malgré la vie en rue, maintiennent une espérance de vie plus importante que les hommes ?

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 2013<sup>1</sup>). Une autre enquête, réalisée par « Médecins du Monde » à Marseille<sup>2</sup> a pu mettre en évidence une moyenne d'âge lors du décès, à savoir 41 ans pour les femmes vivant en rue et 56 ans pour les hommes. Selon cette étude, la vie en rue renverserait donc le ratio habituel, donnant une espérance de vie plus importante pour les hommes que pour les femmes.

Comme il s'agit de la première année où ces tranches d'âges sont différenciées par notre service en ce qui concerne les hommes et les femmes, il sera intéressant de vérifier cette donnée au cours des années suivantes, afin de voir si ce constat se valide dans le temps où s'il ne s'agit que d'une variable annuelle et isolée.

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. En effet, au-delà de 65 ans, que ce soit pour les hommes ou

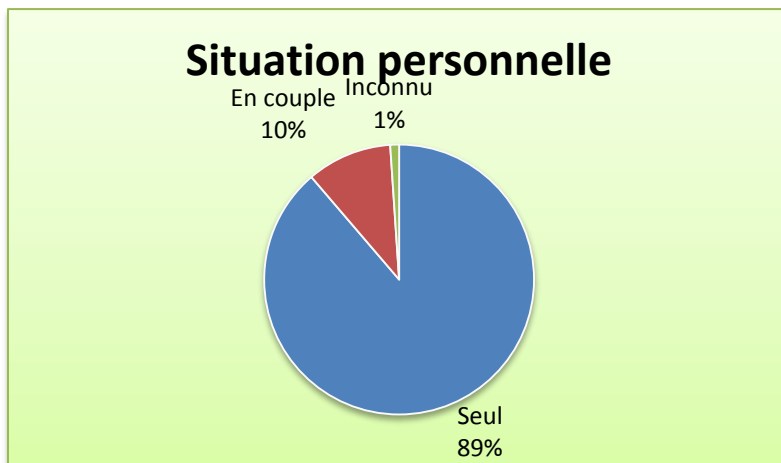
<sup>1</sup> CHA Olivier ; « La santé des sans abri », Paris, Janvier 2013

<sup>2</sup> Médecins du Monde, Mortalité des personnes sans-abri à Marseille. Premières données et Premières analyses. Janvier 2009



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 en maison de repos.

### 3.1.3 Etat civil



La grande majorité des personnes rencontrées au Relais Santé vit seule dans les faits. Auparavant, un autre système de récolte des données était réalisé afin de savoir si la personne était célibataire, mariée, veuve, divorcée,...

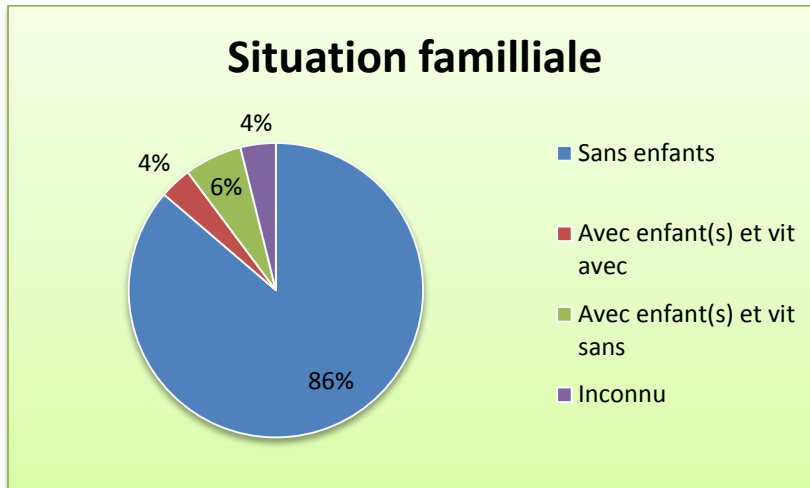
La question actuelle, de savoir si la personne est seule ou non, nous semble bien plus pertinente et réaliste. Elle reflète bien mieux la situation réelle de la personne. 1 patient sur 10 est en couple. Dans ces situations, le couple, qu'il se soit formé avant l'arrivée en rue ou après, est généralement « solidaire » dans la difficulté, les 2 partenaires étant en situation de sans-abrisme et fréquentant le Relais Santé.

Il est utile de préciser qu'au-delà de la relation de couple, la question est posée aux patients de savoir s'ils ont de la famille, des amis ou une personne de confiance sur qui compter. Dans plus de 9 cas sur 10, la personne affirme n'avoir personne qui puisse remplir ce rôle.

Pour les autres, les aidants cités sont le plus souvent l'administrateur de biens ou un membre de la famille.

Il n'est pas rare de constater que la raison de l'arrivée en rue est d'ailleurs fréquemment liée à une rupture familiale : séparation ou divorce avec le conjoint, décès du conjoint ou du parent, rupture de lien avec le parent,...

### 3.1.4 Avec ou sans enfant à charge



Sans surprise au regard des chiffres précédents, la quasi-totalité des personnes suivies est sans enfants ou vivant sans enfants.

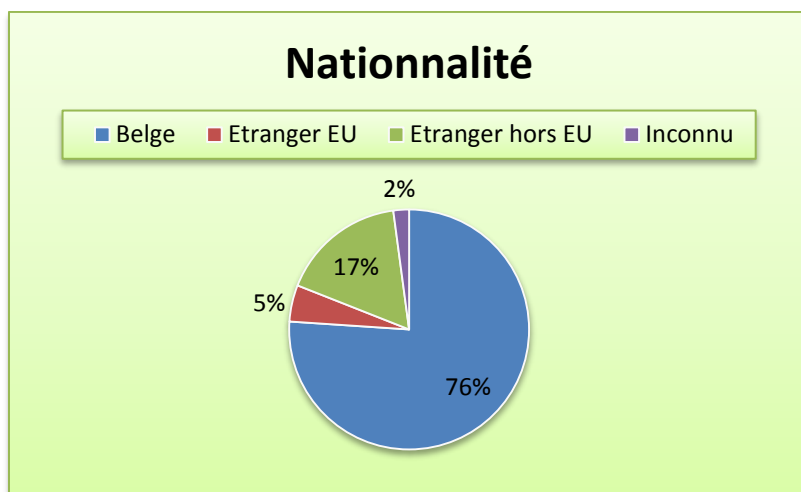
Il s'agit d'un sujet souvent douloureux pour la personne et il ne serait pas étonnant que les chiffres réels des personnes ayant des enfants mais ne vivant pas avec soient bien plus élevés que ceux indiqués sur le graphique.

Les personnes ayant des enfants et vivant avec représentent une proportion très marginale de personnes en situation de logement mais qui, précarisées par leur situation sociale ou financière, bénéficient tout de même des services du Relais Santé. Il s'agit principalement de personnes en séjour irrégulier hébergées chez un proche, ou de personnes ayant connu la rue (période pendant laquelle l'enfant n'était pas avec eux) avant de retrouver un logement et leur droit de garde mais restant dans une situation fragile.

Enfin, contrairement à ce qu'il est fréquent d'imaginer quand on parle d'un parent avec son enfant, ce dernier n'est pas forcément mineur. Plusieurs situations de « parent-enfant » suivies le sont avec un parent de plus de 50 ans et un enfant de plus de 25 ans.

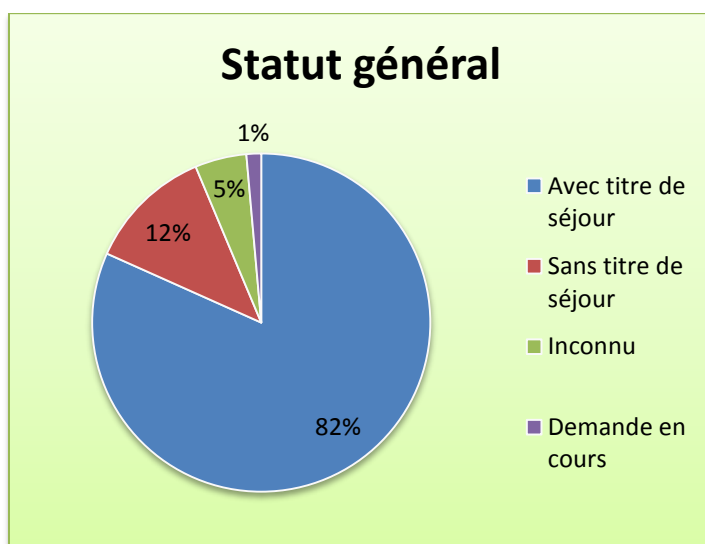
Enfin, dans plusieurs situations, c'est le souhait du parent de pouvoir récupérer la garde de son enfant qui est mobilisateur et qui est la raison première pour laquelle le patient souhaite retrouver un logement.

### 3.1.5 Nationalité



La proportion de patients d'origine belge a toujours été majoritaire au Relais Santé de Namur. Elle reste relativement stable d'année en année. Cet item a son importance dans le sens où il facilite normalement l'accès aux soins et à un revenu. Comme le montre le graphique suivant, la proportion de personnes pour qui ces accès devraient être possible est même plus élevée car une partie des personnes non belges disposent d'un titre de séjour tout à fait valable. Dans les faits, l'accès au revenu n'est pas si aisé (cfr. graphique concernant les revenus).

### 3.1.6 Statut général des patients suivis



### 3.1.7 Connaissance et maîtrise du français

95% des personnes suivies au dispensaire parlent suffisamment bien le français pour comprendre et se faire comprendre sans difficulté lors d'un entretien, des soins et/ou des démarches socio-médicales nécessaires.

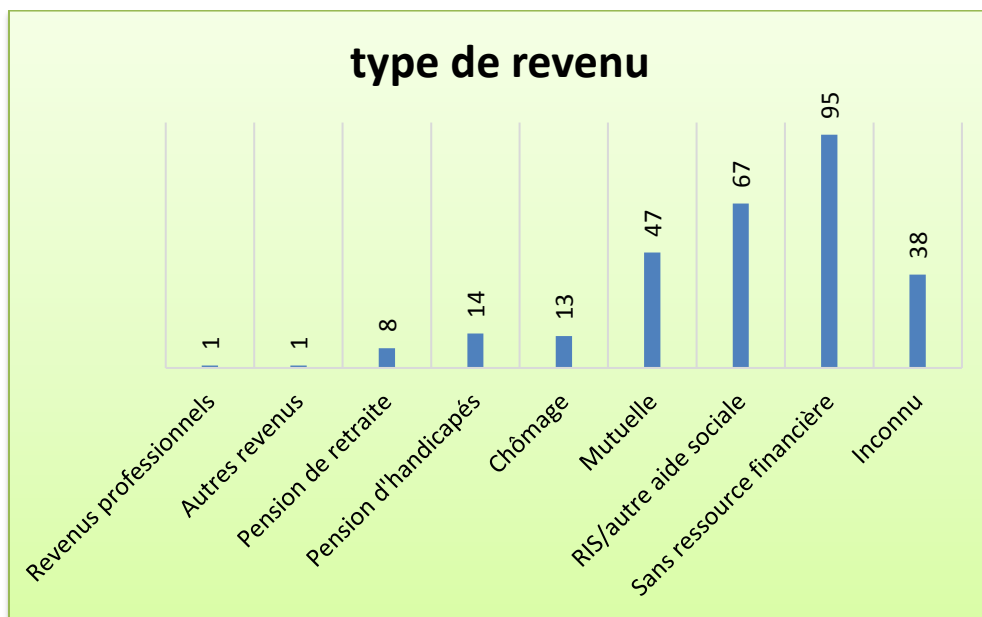
Ce chiffre est légèrement plus faible si on tient compte des personnes rencontrées en institutions extérieures et surtout lors du travail de rue.

Les personnes rencontrées à l'extérieur ne parlant pas suffisamment bien le français pour tenir une conversation de base sont la plupart du temps d'origine roumaine (rencontrées lors du travail de rue essentiellement) et d'origine maghrébine (rencontrées en institution partenaire le plus souvent).

Ces constats restent donc identiques aux années précédentes, où les langues posant le plus souvent problème en matière de traduction et d'interprétariat étaient déjà le roumain et l'arabe.

Heureusement, quelques pistes de solutions se mettent en place petit à petit au moyen de collaborations formelles et informelles avec les différents services du namurois qui peuvent mettre des interprètes à disposition. Mais au final, les solutions continuent à être rares, et souvent difficiles à mettre en place, notamment par le fait que la plupart du temps, ces personnes ne parlant pas français sont rencontrées en rue ou de manière aléatoire lors des présences institutionnelles.

### 3.1.8 Revenus



33 % des patients suivis au dispensaire sont sans revenu. Cette catégorie s'élevait à 27.6% pour l'année 2014, à 25% pour 2013, 20% en 2012 et 17% en 2011. Seule l'année 2015 semblait afficher une diminution (22.3%) mais le taux élevé de revenu inconnu nous avait fait émettre l'hypothèse que derrière cet item « inconnu » se cachait déjà une absence de revenu. Les chiffres de cette année semblent donc malheureusement confirmer notre pressenti, le



pourcentage de «revenu inconnu» en moins s'étant directement décalé dans le pourcentage de « sans revenu ».

**En l'espace de 5 ans, la proportion de patients ne bénéficiant d'aucun revenu au début de leur prise en charge a donc pratiquement doublé !** Or, le taux de personnes pouvant logiquement prétendre à un revenu (étant en ordre de séjour) n'a fait qu'augmenter au cours des années, passant de 77% en 2013 à 82% en 2016. Ce constat est alarmant et nous amène à nous questionner sur l'accès aux droits sociaux. Interpellé par cette question primordiale, le Relais Social Urbain Namurois vient de mettre en place un Groupe de Travail sur la question du « non recours aux droits ».

On constate également une petite chute du nombre de personne percevant une allocation de chômage (4.5% cette année contre 7.5% en 2015) et une légère ré-augmentation du nombre de personne percevant le RIS<sup>3</sup> (23.2% contre 21% en 2015 mais en venant de 26% pour l'année 2014).

Le seul type de revenu en constante évolution d'une année à l'autre est celui émanant de la mutuelle avec 16.3% de patients qui y émargeaient en 2016 contre, 14.5% en 2015 et 13% en 2014.

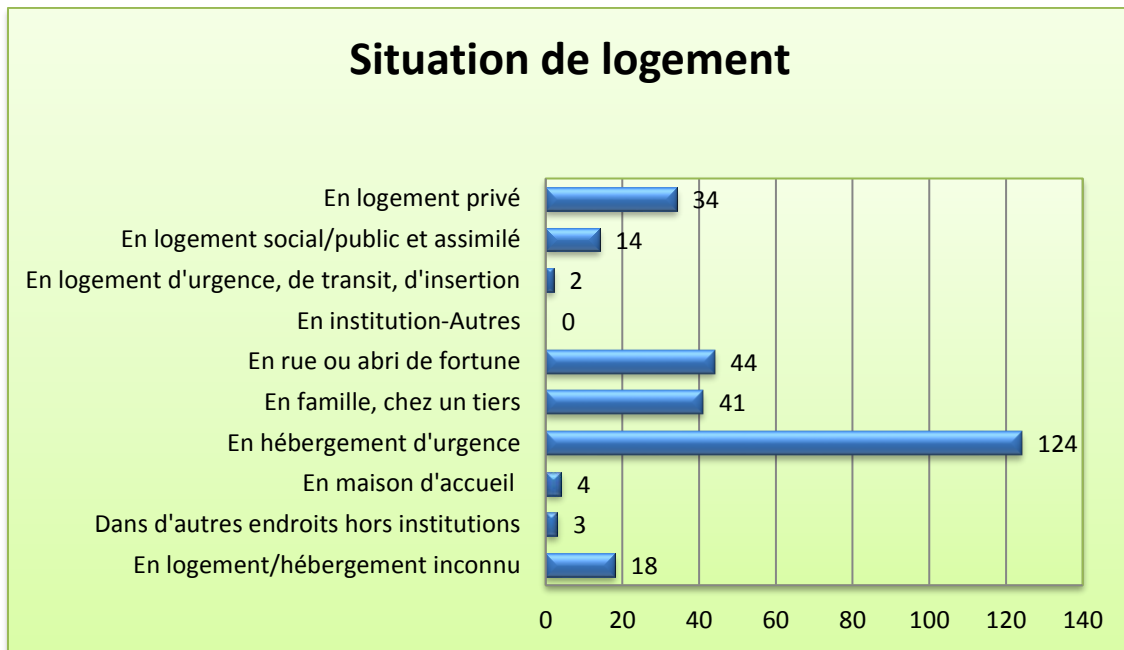
Cette donnée est cruciale car au final, quel que soit le choix de vie et les besoins généraux de la personne, sans revenu, il lui est impossible d'arriver à y pourvoir au-delà du seuil de la gratuité. Cela amène donc la personne à n'utiliser qu'un nombre extrêmement réduit de services et ce, de manière encore limitée.

---

<sup>3</sup> Revenu d'Intégration Sociale



### 3.1.9 Situation de logement



124 personnes (soit 43 %) suivies au Relais Santé sont hébergées à l'abri de nuit.

44 personnes (15%) ne se rendent dans aucune structure d'hébergement et vivent en rue ou en abri de fortune (tente le plus souvent). 41 personnes (soit 14 %) sont hébergées chez un tiers (amis plus souvent que famille) et cette alternative reste donc très précaire. Il n'est d'ailleurs par rare que pour ces 3 types de mode de vie (abri de nuit, rue/abri de fortune, hébergement chez un tiers) les allers-retours soient nombreux de l'un à l'autre. L'item pris en compte étant celui effectif lors de l'ouverture du dossier. Dans la majeure partie des cas, lorsque l'hébergement est inconnu, la personne est hébergée chez un tiers ou vit en abri de fortune mais le lien de confiance n'est pas encore assez instauré que pour qu'elle se confie là-dessus.

12% des patients suivis bénéficient d'un logement du secteur privé. Ce pourcentage n'entraîne toutefois pas automatiquement le fait que la personne dispose d'un logement adapté. Dans bon nombre de ces situations, le logement est insalubre, surpeuplé ou avec grand risque pour la personne d'en être expulsée. Il n'est donc pas étonnant que ces personnes continuent à fréquenter le Relais Santé et ne puissent être totalement relayées vers des services plus conventionnels. Une bonne partie d'entre elles cumulent d'ailleurs le logement insalubre avec l'absence de mutuelle et/ou de très bas revenus. Plusieurs d'entre elles souffrent également de problématiques de santé mentale très conséquentes et la relation de confiance créée avec certaines d'entre elles est si tenue qu'il est parfois prématuré de relayer le suivi complet.

Une problématique bien réelle et importante pour les patients suivis par le Relais Santé s'incarne dans l'accès aux logements du secteur privé. Leurs faibles revenus et le fait que la plupart ne peut bénéficier d'une garantie locative autre que celle du CPAS, leur ferme 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.

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 voir 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,...

Pour les 6% dont le logement est « inconnu », ce dernier est le plus souvent inexistant ou inadapté.

Au final, les solutions les plus adaptées en termes de pérennité et surtout de salubrité sont souvent les logements sociaux et publics, qui présentent l'avantage d'être accessibles financièrement tout en étant salubres et adaptés, mais cette situation ne concerne qu'à peine 5% des personnes suivies.

On peut donc avancer avec certitude qu'au moins 85 % des personnes suivies par le Relais Santé sont dans une situation de sans-abrisme au regard des critères de la FEANTSA<sup>4</sup> qui regroupe quatre situations pour laquelle une personne se trouve dans l'impossibilité d'accéder à un logement personnel, permanent et adéquat, ou de le conserver : les **personnes sans-abri**, les **personnes sans logement**, les **personnes en logement précaire** et enfin, celles en **logement inadéquat**.

Le logement inexistant ou inadapté représente donc la difficulté la plus souvent rencontrée par les patients suivis au Relais Santé de Namur.

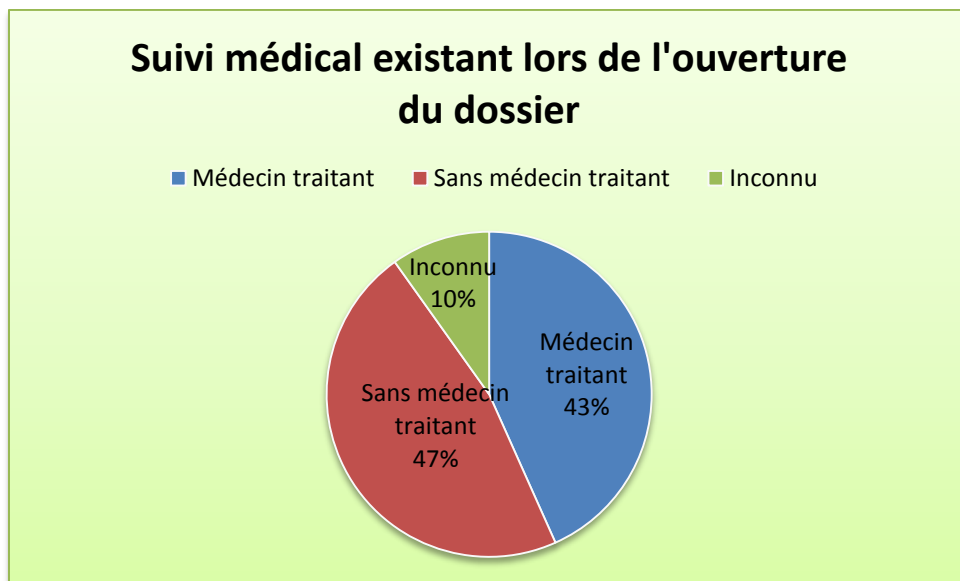
---

<sup>4</sup> Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris





### 3.1.10 Suivi médical existant ou non



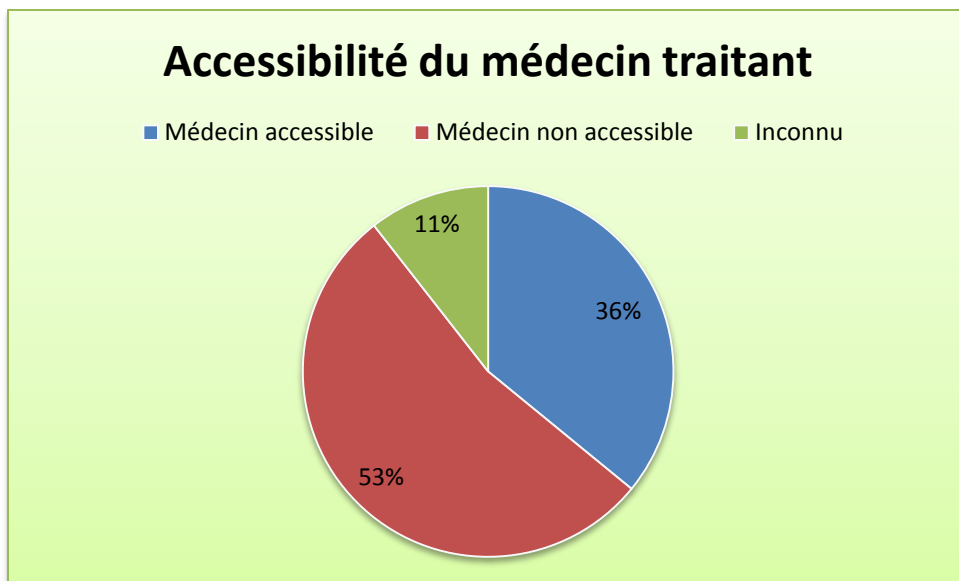
Il s'agit ici du nombre de personnes qui sont « affiliées » à un médecin traitant lors de l'ouverture ou la réouverture de leur dossier au dispensaire. Beaucoup des personnes suivies par un médecin le sont en raison de la mise en place préalable de ce suivi par le Relais Santé. Il s'agit donc de personnes suivies depuis plus d'un an et pour lesquelles le travail d'accroche avec le système de soins conventionnel a porté ses fruits.

La majeure partie des patients arrivant pour la première fois au dispensaire infirmier n'a pas de médecin traitant, ou ce dernier, exerçant dans la ville de provenance, n'est plus accessible géographiquement. (cfr. Graphique suivant sur l'accessibilité géographique du médecin).

La quasi-totalité des mises en place de suivi médical par le Relais Santé s'effectue grâce à la collaboration efficiente des maisons médicales du namurois.

Ce système permet en effet de proposer des consultations à moindre coût et tenant compte des particularités psycho-sociales du public en très grande précarité. Le fait que les maisons médicales puissent proposer un éventail de services plus large qu'un médecin traitant isolé (soins dentaires, soins de kinésithérapie, suivi social, collaboration avec le CPAS compétent,...) est une réelle plus-value dans la prise en charge globale que nécessite et demande souvent ce public particulier.

### 3.1.11 Accessibilité géographique du médecin traitant si non mis en place par le Relais Santé

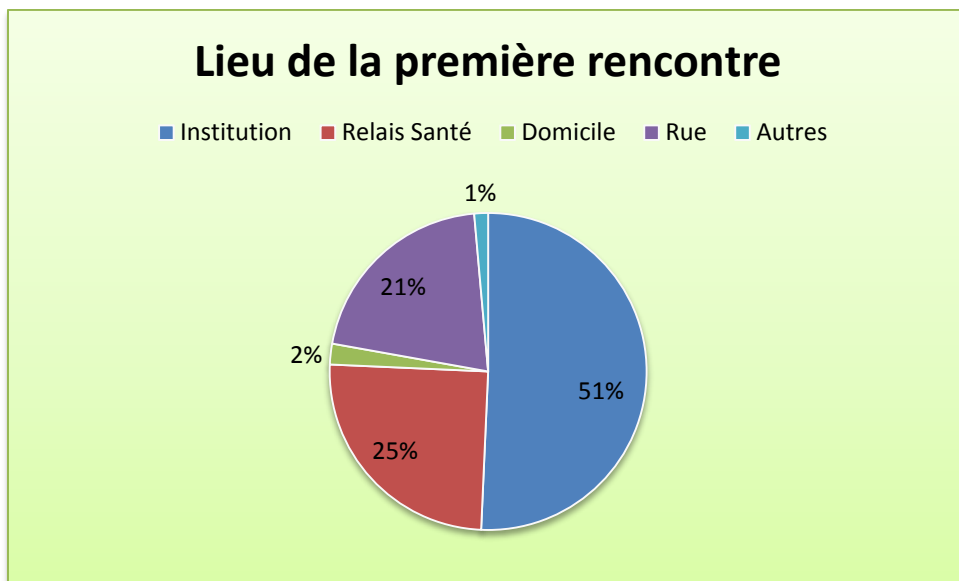


Pour les situations où le patient dispose au préalable d'un médecin traitant, il est observé que dans plus de la moitié des cas, ce dernier n'est plus accessible géographiquement. Cela s'explique souvent par le fait que, perdant son logement, la personne soit obligée de migrer vers une ville suffisamment grande pour bénéficier d'un abri de nuit.

Il n'est pas rare non plus que le médecin traitant de base soit le médecin de famille de la personne et que cette dernière ne veuille plus avoir de contact avec, lorsque la situation familiale est elle-même au cœur des problématiques vécues.

D'autre part, dans certaines situations, bien que le médecin soit existant et accessible géographiquement, l'accès financier n'est plus garanti (médecin ne proposant pas le tiers payant ou non conventionné, patient plus en ordre de mutuelle et/ou ayant perdu son revenu,...)

### 3.1.12 Lieu de la première rencontre



Les critères retenus pour analyser le lieu de la première rencontre ont évolué par rapport à l'année 2015. L'intérêt de cette donnée est de mettre en évidence toute l'importance pour l'équipe du Relais Santé d'être proactive et de sortir de ses murs pour, au final, capter le plus grand nombre de personnes.

Comme l'année dernière, on peut mettre en avant que seul un quart des patients rencontrés l'est directement au dispensaire de soins. Pour les autres, la première prise de contact et l'invitation à se rendre au dispensaire ont eu lieu à l'extérieur.

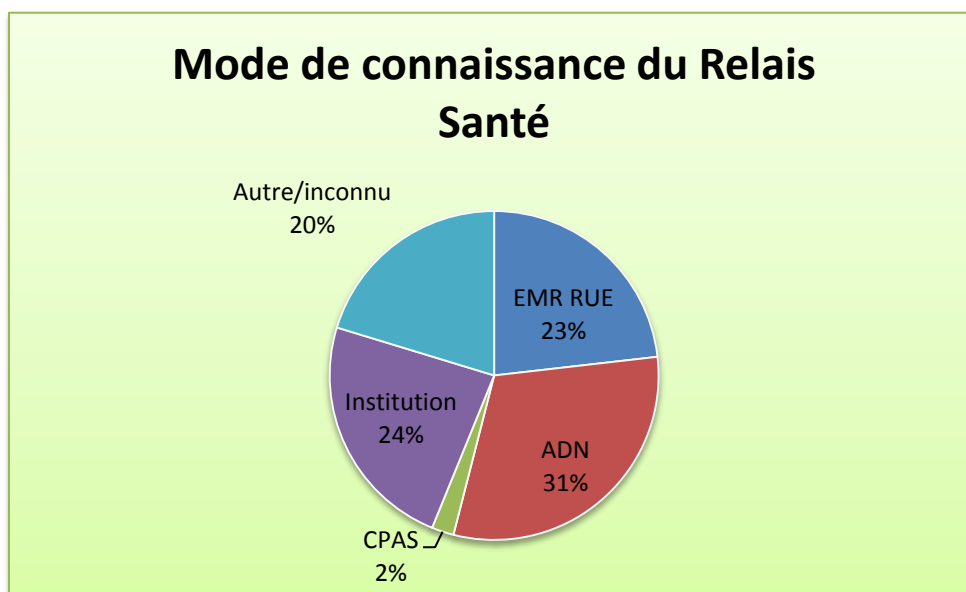
La moitié des personnes sont effectivement rencontrées via les présences et permanences institutionnelles, principalement à l'abri de nuit et au Resto du Cœur.

Autre élément très important, 1 personne sur 5 est rencontrée pour la première fois lors du travail de rue ! Cela démontre toute l'importance de « l'aller vers » mais aussi et surtout de ne pas se cantonner aux structures physiques existantes. La rue reste un lieu de vie important pour les personnes en grande précarité et beaucoup d'entre elles ne poussent la porte des services qu'après plusieurs invitations reçues en rue.

Enfin, si seulement 2% de personnes sont rencontrées pour la première fois dans leur domicile, cet élément est particulièrement interpellant. Il s'agit en effet pratiquement toujours d'une rencontre à la demande d'autres services sociaux. L'équipe du Relais est alors confrontée à des situations très complexes : logement inadapté, le plus souvent insalubre ou avec menace d'expulsion imminente, absence de suivi médical, état de santé très dégradé, présence fréquente de problématique psychiatrique, problème d'hygiène majeur, présence d'animaux malades et/ou en grand nombre,.... Ces problématiques sont le plus souvent cumulées et parfois toutes présentes en même temps. Ces 2% de patients rencontrés

initialement au domicile constituent donc à la fois une charge de travail très importante et à la fois une nouvelle problématique inquiétante.

### 3.1.13 Mode de connaissance du service

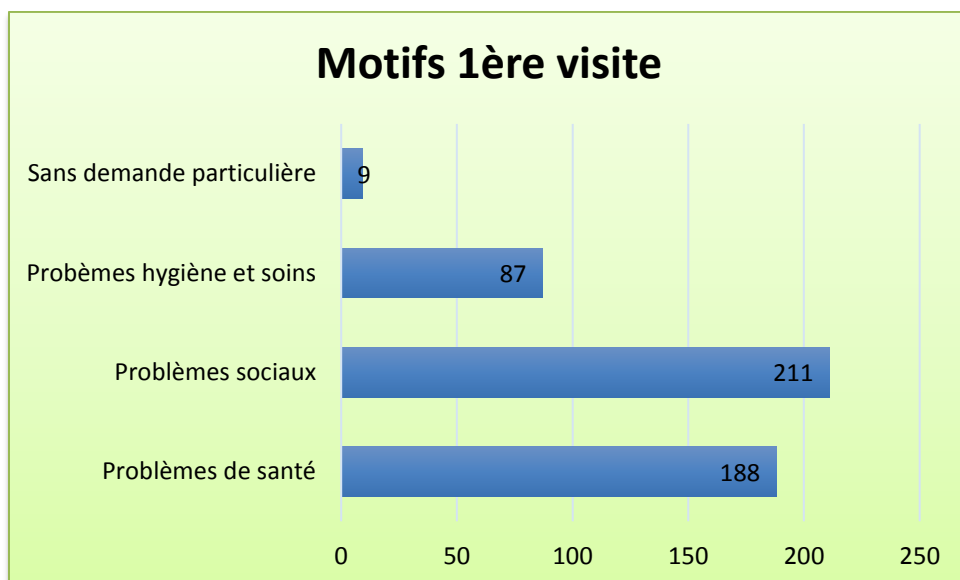


Le mode de connaissance de notre service, pour les personnes se rendant physiquement au dispensaire est tout à fait cohérent au regard du graphique présentant le premier lieu de rencontre. A savoir que 50 % des usagers ont connu le Relais via une institution ou un service partenaire, soit en rencontrant directement un membre de l'équipe effectuant une présence institutionnelle extérieure, soit en étant relayé par un professionnel partenaire. 31% des patients ont connu notre service via l'abri de nuit.

Un quart des patients a eu connaissance de l'existence du Relais Santé via le travail de rue (identique donc au nombre de personnes rencontrées pour la première fois en rue).

Une nouveauté positive est celle des 20% de personnes ayant connu le service via un « autre » moyen. Il s'agit dans la majorité des cas de « bouche à oreille » entre usagers. Ce point est vu de manière très positive par l'équipe car il démontre le grand lien de confiance qui s'est installé avec les patients déjà connus. Ces derniers, satisfaits du service, relayent alors l'information à leurs connaissances en grande précarité. L'autre point plus que positif est que cette information est très souvent juste et complète. Les personnes qui viennent au dispensaire, relayées par des amis, arrivent souvent avec une bonne connaissance des missions et des services proposés par le Relais Santé.

### 3.1.14 Motif de la première visite au Relais Santé



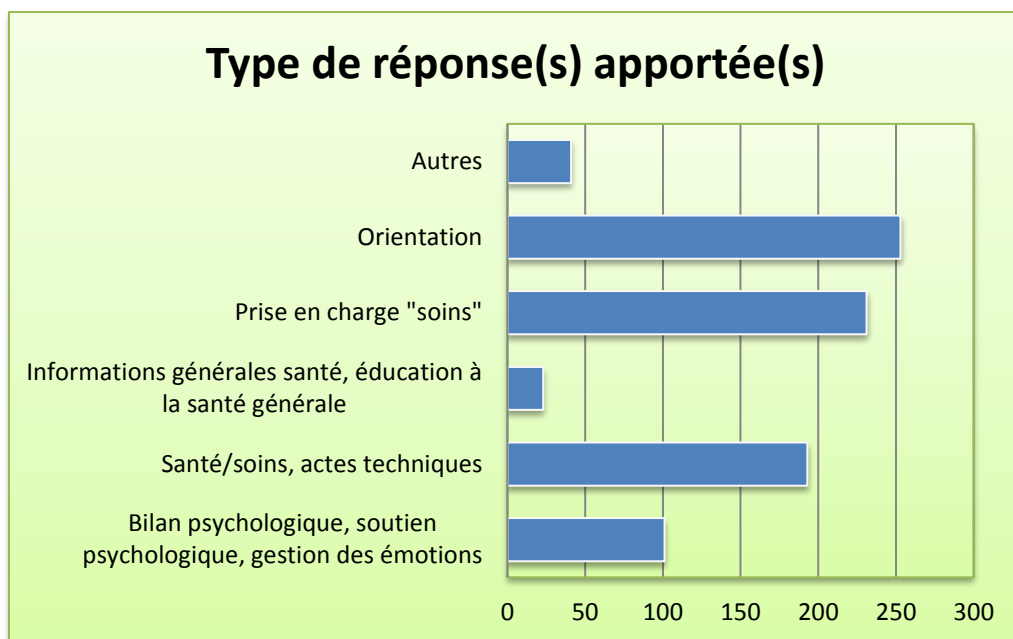
Il s'agit ici de présenter les motifs de la première visite du patient au dispensaire. Il est très important de signaler que par « problèmes sociaux », nous entendons la difficulté financière et/ou sociale d'accéder aux soins. Il s'agit donc de demandes sociales ayant un lien direct avec les soins et la prise en charge de la santé de la personne.

Dans la majorité des situations, ces problèmes sociaux soulèvent donc des demandes en matière de mutuelle, de carte santé, de bons pharmaceutiques et/ou médicaux, de mise en place de l'Aide Médicale Urgente, d'information concernant les possibilités d'accès aux soins en l'absence de ressources financières,...

Ensuite viennent les demandes de soins et de suivi de la santé. Ces points sont détaillés, soin par soin dans le tableau récapitulatif de récolte des données qui se trouve dans la partie 4.2.

Les demandes d'hygiène sont également fréquentes. Elles sont directement liées à la santé car elles sont souvent formulées dans le cadre de problèmes dermatologiques : mycoses importantes, plaies, irritations, eczéma,...

### 3.1.15 Types de réponses apportées lors de la première visite

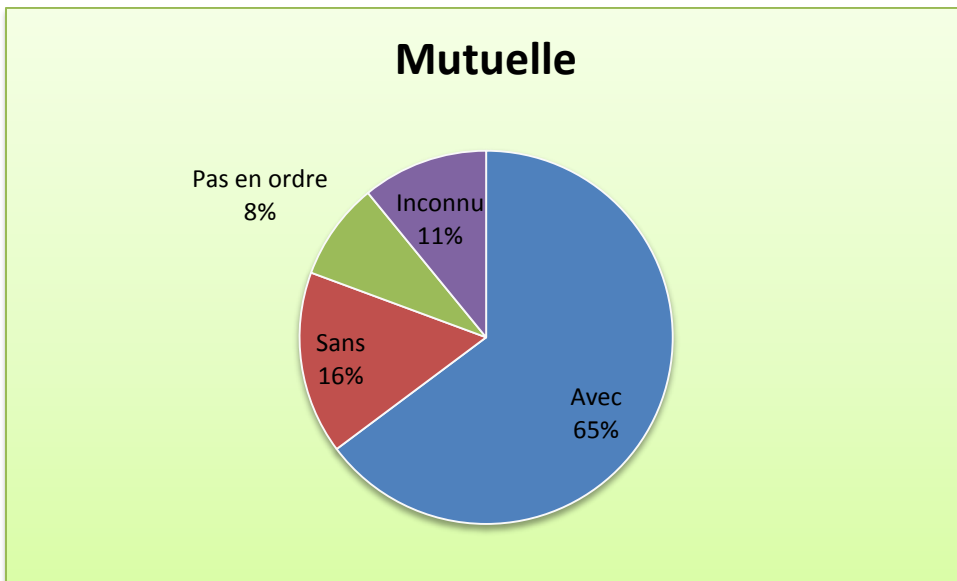


Ce tableau est à mettre en relation avec le type de demande(s) reçue(s) lors du premier passage au Relais Santé.

L'item « prise en charge soins » regroupe la plupart des démarches sociales nécessaires à l'accès aux soins de santé lorsque ces derniers ne peuvent être entièrement réalisés au Relais Santé (recours à un médecin pour diagnostic, prescription médicale, soins spécifiques,...) et que la situation sociale et financière nécessite des démarches spécifiques pour y parvenir (bon médical, pharmaceutique, Aide Médicale Urgente, mise en ordre mutuelle,...).

En ce qui concerne le « bilan psychologique » il reste bien entendu restreint aux compétences infirmières de l'équipe. L'idée étant de cerner au mieux avec la personne ses besoins et attentes en vue de la relayer le plus adéquatement possible vers le service et/ou le professionnel adapté. Le fait que le Relais Santé puisse organiser une permanence en collaboration directe avec un Service de Santé Mentale une semaine sur deux est une aide précieuse. De plus, au-delà de l'idée de diagnostic et/ou de traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques, la demande des usagers est le plus souvent « simplement » d'être écouté et accompagné dans tout ce qu'ils peuvent vivre de difficile au quotidien. Il s'agit donc le plus souvent de réaliser un entretien de soutien, de créer du lien et une relation de confiance, d'écouter plutôt que de conseiller.

### 3.1.16 Statut mutuelle

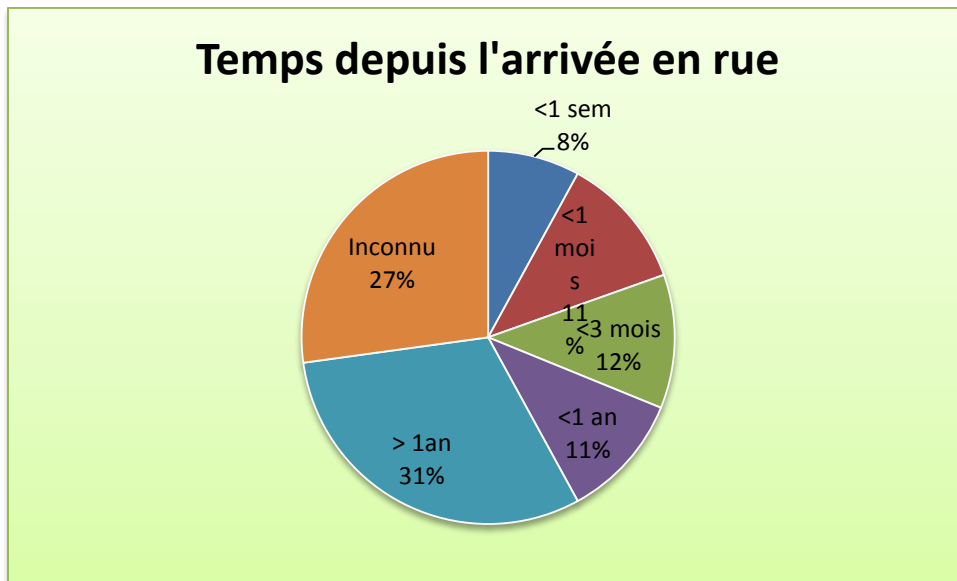


Un des points positifs en matière d'accès aux droits et aux soins de santé est cette augmentation du nombre de personnes en ordre de mutuelle. Les chiffres passent en effet de 57% d'assurés en 2015 à 65% cette année, ce qui augmente le nombre d'assuré à un pourcentage encore jamais atteint depuis les débuts du Relais Santé de Namur.

Mise en parallèle avec l'augmentation d'absence de revenus, cette donnée est très importante car elle permet de maintenir un minimum de droits concernant l'accès aux soins dans des situations où l'aspect financier est plus que problématique. Par contre, il s'agira de voir dans le futur si l'équipe n'est pas à nouveau confrontée à une diminution de cette couverture mutuelle en raison du fait que, faute de solvabilité, les patients ne puissent plus maintenir cette couverture !

De plus, les deux problématiques s'aggravent souvent l'une l'autre. En effet, sans couverture de mutuelle, les soins et les traitements coûtent bien plus cher, ce qui contraint la personne à faire des choix de priorité et souvent à se soigner plus tardivement, moins bien et à s'endetter ou à ne plus pouvoir payer ses cotisations de mutuelles, son loyer, ses factures importantes... La précarité de l'accès aux soins et à la santé entraînent donc une augmentation des risques de précarité financière et inversement. In fine, ce processus de précarisation a également des conséquences en termes de « coûts » pour la société : prise en charge par le service des urgences hospitalières, mobilisation plus intensive des services d'aides aux personnes...

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



Il s'agit de la première année où cet item est systématiquement recensé lors de l'ouverture d'un dossier. L'équipe voulait objectiver ce temps passé en rue afin de mieux percevoir les difficultés des personnes et avoir un avis plus éclairé sur les besoins du public en fonction du temps passé en rue.

Un tiers des personnes rencontrées au dispensaire sont en situation de sans-abrisme depuis plus d'un an lors de la création ou de la réouverture du dossier !

Il s'agit donc d'une période de plus d'un an sans qu'une alternative de logement adapté n'ait pu être trouvée et investie par la personne.

A cela s'ajoute 11% de patients en situation de sans-abrisme de moins d'un an mais en rue depuis plus de 3 mois.

Malgré tout, un peu plus d'un patient sur quatre passe par le dispensaire en ayant moins de 3 mois de rue et un peu moins de 1 sur 10 dès sa première semaine de sans-abrisme. Cette donnée mérite deux réflexions importantes. Une première consiste à tenter d'évaluer si des besoins de santé auraient pu être couverts plus tôt par un passage plus précoce par le dispensaire ou si les problèmes et demandes de santé ne sont apparus que par la suite (en raison de la situation de grande précarité ou sans lien et inhérents à la vie de la personne tout simplement). Toutes les personnes sans-abri ne présentent en effet pas des soucis de santé qui nécessitent des soins à effectuer au dispensaire, et il est normal qu'elles ne se rendent alors pas physiquement dans nos locaux.

D'autre part, ce constat de la durée de vie en situation de sans-abrisme est inquiétant en termes de santé car, si toutes les personnes sans-abri ne présentent pas de soucis de santé, il



est admis et démontré que la très grande précarité augmente les facteurs de morbidité, les risques de maladies et diminue drastiquement l'espérance de vie des personnes qui en sont touchées.

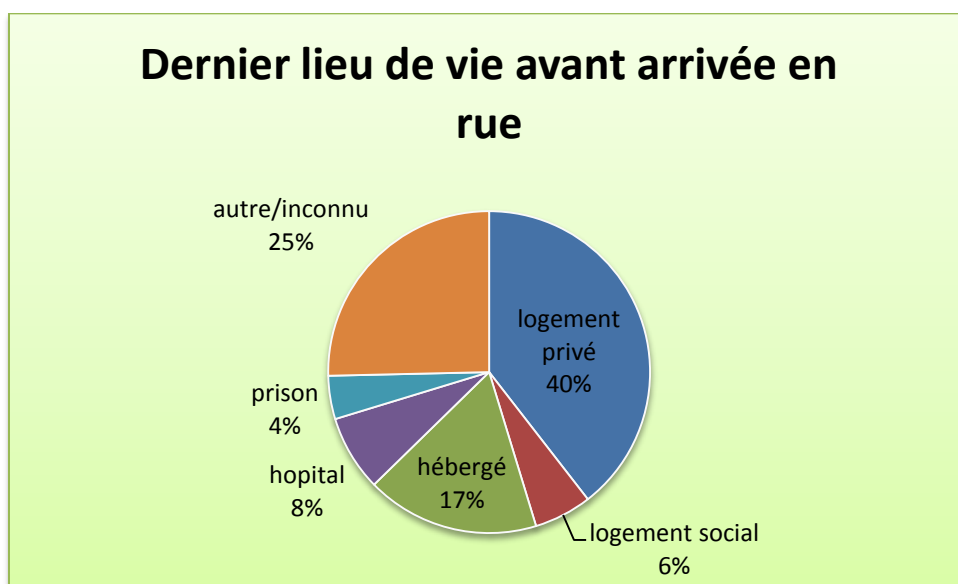
De plus, la vie en rue fatigue énormément et la prolongation de cette situation va très rapidement épuiser la personne qui, déjà après quelques jours de sans-abrisme, ne dispose plus de la même énergie et de la même motivation pour réaliser ses démarches et se maintenir en bonne santé.

Cet item sera donc très important à comparer d'année en année afin de voir si les chiffres obtenus pour 2016 sont spécifiques, s'ils s'aggravent au fil du temps ou s'ils mettent en évidence une constante à prendre en compte afin d'apporter des solutions efficaces.

Il pourrait être également pertinent d'entamer une réflexion avec les personnes en situation de sans-abrisme depuis plus d'un an afin de tenter de cibler les raisons/obstacles qui, pour elles, sont à la source de cette incapacité à retrouver un logement et une situation plus stable.

Cela pourrait également permettre à terme de tenter d'évaluer approximativement le taux de personnes pour qui cette vie vécue est vécue comme un choix réel et le taux de celles pour qui ce mode de vie est une souffrance et une situation non souhaitée.

### 3.1.18 Dernier lieu de vie avant l'arrivée en rue



Cet item est également une nouveauté recensée à partir de janvier 2016. Suite à divers constats et impressions, l'équipe du Relais Santé souhaitait objectiver le dernier lieu de vie de la personne avant son arrivée en rue. Cet élément est important à bien des niveaux. Il permet en effet de mieux apercevoir les domaines où la prévention est particulièrement

importante mais donne aussi quelques pistes sur les difficultés rencontrées par les personnes se retrouvant en situation de non logement.

Ce graphique met donc en évidence que pour 40% des patients suivis, l'arrivée en rue fait suite à la perte d'un logement privé. Il semble à priori qu'il soit plus difficile de prévoir et accompagner ces situations qui ne se révèlent souvent aux travailleurs du Relais Santé qu'au moment de la perte du logement.

Par contre, ce graphique permet de mettre en évidence que 17% des patients étaient préalablement hébergés et se trouvaient donc déjà en situation précaire depuis un certain temps lors de la perte totale de solution de logement. Cette forme d'hébergement peut être le fait de dormir chez un ami, un compagnon ou un membre de la famille mais aussi de se trouver en maison d'accueil (beaucoup d'usagers considèrent en effet cette alternative comme une forme de logement).

De plus, 6% des usagers disposaient d'un logement social avant leur arrivée en rue. Un système et une offre de suivi étaient donc bien préexistants. De même, pour les 12% de personnes sortant de prison ou d'hôpital, une forme de suivi et/ou de détection de la précarité devait être existante.

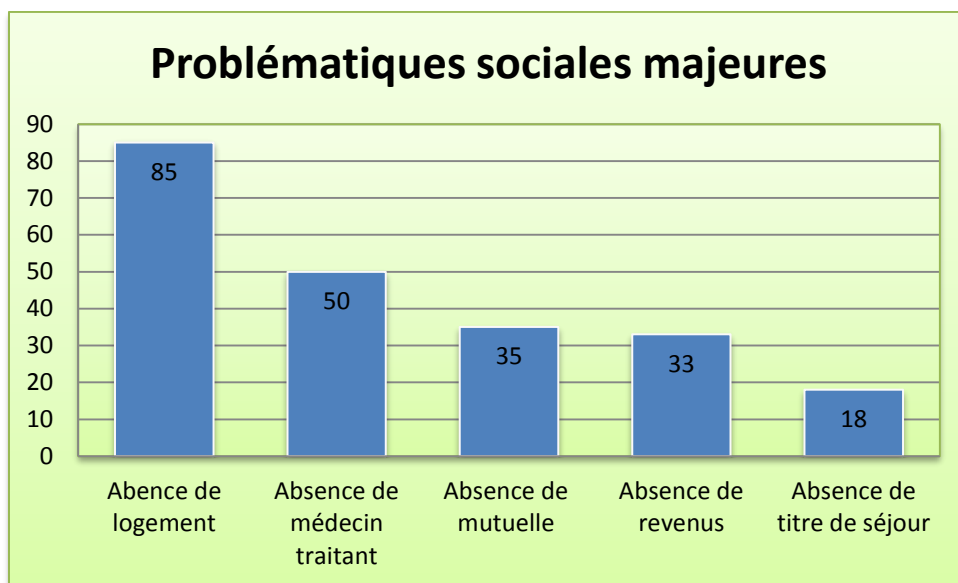
Pour les 25% d'inconnues, il s'agit dans presque tous les cas de situations où la personne ne bénéficiait déjà plus d'un logement adapté avant son arrivée en rue (absence de logement privé ou social). Il s'est souvent avéré par la suite que le dernier type de logement était de type carcéral ou hospitalier, ce qui fait penser que les pourcentages de ces deux items sont en réalité bien plus importants que ce que n'en montre le graphique.

Fréquemment, la personne sort de prison et ne se trouve pas d'emblée dans une relation de confiance suffisante pour parler ouvertement de son parcours ou sort d'hôpital psychiatrique et ne dispose pas de toutes les facultés nécessaires pour aborder son parcours de manière adaptée.

Ces données montrent combien il est important de pouvoir agir à plusieurs niveaux sur la prévention et l'information aux personnes, au public et aux services pouvant détecter précocement ces situations à risque. Il s'agit donc de travailler davantage encore à développer des synergies.

L'équipe est en effet convaincue que dans bien des situations, l'arrivée en rue était prévisible et que certaines pistes ou solutions auraient pu être envisagées plus tôt, en collaboration avec différents partenaires, afin de réduire le temps passé en rue, d'éviter dans certains cas cette perte de logement ou encore d'en limiter les effets délétères sur la santé globale de la personne.

### 3.1.19 Listing des problématiques principales rencontrées par les patients



Au terme de la présentation des chiffres et graphiques traitant du profil des usagers du Relais Santé, il est utile de mettre en évidence les situations et problématiques les plus fréquemment rencontrées.

Il peut donc être avancé que le profil type de la personne fréquentant le dispensaire de Namur est un homme de 35-45 ans, belge, sans revenu ou bénéficiant d'un très petit revenu, seul et sans enfant, vivant en rue ou à l'abri de nuit depuis plus de 3 mois et ayant connu le Relais Santé via les institutions partenaires directes ou via le travail de rue.

D'autre part, les problématiques majeures de ces personnes sont par ordre décroissant: l'absence de logement, de médecin traitant, de mutuelle, de revenus et enfin de titre de séjour. Il faut préciser que ces problématiques peuvent être vues comme « un escalier de la précarité », les marches s'accumulant souvent et allant les unes avec les autres. Il est en effet rare que « l'escalier personnel » de la personne ne contienne qu'une seule marche.

À toutes ces problématiques sociales importantes peuvent s'ajouter, dans un tiers des cas au moins, une problématique de santé mentale et/ou psychiatrique conséquente, ce qui est conforme au ratio retrouvé dans d'autres grandes villes et recensés par différents services d'aide et de suivi des personnes sans-abri à travers l'Europe.

## 4. Récolte des données de l'année 2016 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 que sont comptabilisés 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 Rue<sup>5</sup> 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

---

<sup>5</sup> EMR = Equipe Mobile de Rue : projet coordonné par le RSUN. Il consiste à réaliser le travail de rue en binôme inter-services (projet Salamandre – TSP (Travailleurs Sociaux de Proximité) – Relais Santé – Comptoir d'échange



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 ré-ouverts à la première prise en charge de l'année. Le nombre de dossier annuel du Relais Santé de Namur correspond donc au nombre de personnes venant physiquement au dispensaire et est fort différent du nombre total de contacts réalisés 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 n'ayant aucune demande à la base de la rencontre (que celle-ci soit réalisée en rue ou en permanence). Ce point est particulièrement intéressant car **c'est souvent sous couvert de cette "non-demande" que les infirmiers se font connaître et créent le lien suffisant qui permettra à la demande d'émerger par la suite**. Une bonne partie (difficile à chiffrer de manière exacte) des patients n'arrive d'ailleurs pas par 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 Relais Santé est invitée à venir au dispensaire lors d'une permanence ou sur base d'un rendez-vous donné.
- En ce qui concerne les soins d'hygiène, l'équipe parle de soutien lorsqu'il s'agit d'apporter essentiellement une aide matérielle à la personne pour qu'elle puisse se

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

Cfr. Tableaux pages suivantes



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



Nombre de contacts réalisés aux 2R	*		*	165	84
Nombre de participations aux EMR	84	89	70	77	93
Nombre de présences en rue hors EMR	*	77	59	71	57
<b>Catégorie 2</b>					
Soins d'hygiène - Soutien	256	241	398	356	362
Soins d'hygiène - Aide partielle	23	6	16	5	5
Soins d'hygiène - Aide complète	12	0	6	9	5
Soins de bouche	7	3	1	0	
Bain de pieds	136	160	83	139	159
Soins des pieds (sans plaie)	167	168	103	106	69
Education aux soins d'hygiène	14	2	1	7	4
Soutien famille/proche	8	8	7	13	3
Soutien professionnels	/	5	6	18	5
Prise température	24	4	6	11	11
Prise tension artérielle, Pouls	35	43	9	17	30
Prise glycémie	1	4	2	5	10
Dépistage parasitaire	24	13	17	11	8
Dépistage gale	6	9	15	33	6
Education à la santé	133	286	162	330	627
Entretien de soutien	1098	1122	1579	2996	4173
Travail compliance au traitement	31	44	20	27	16
Travail acceptation soins	23	24	21	22	5
Démarche obtention traitement/ rôle propre	7	11	17	25	31
Soins lésion dermato sans plaies	31	13	6	6	12
Pansement simple	136	99	226	237	159
Retrait de fils	10	9	15	16	7
Plaie aux pieds	71	51	14	19	
Pansement complexe	2	29	16	18	7
Traitement parasitaire	10	7	5	1	1
Traitement gale	5	19	13	14	4
Injection : sous cutanée	2	16	11	20	12
Injection : Intra-musc.	0	0	1	0	1





Prise de sang	0	0	0	0	0
Soins des yeux	3	4	0	2	1
Application crème	70	82	44	97	69
Orientation médicale	164	170	166	214	183
Relais médical	101	72	51	61	80
Accompagnement médical	21	25	25	15	8
Aide à la fourniture traitement (hors AMU, bon pharma)	32	34	42	43	59
Démarche MM et/ou Médecin traitant	26	58	78	90	60
Collaboration Médicale	64	33	36	62	59
Appel 112	9	9	5	5	2
Orientation sociale	143	180	171	236	329
Relais social	144	126	67	115	97
Accompagnement social	25	22	17	26	19
Mise en ordre mutuelle	11	28	14	13	2
Démarche bon pharmaceutique	12	15	5	9	11
Démarche bon médical	2	2	4	4	4
Démarche AMU	27	8	6	30	13
Démarche carte santé	0	2	2	1	1
Collaboration sociale	61	42	69	181	148
Orientation assuétude	15	11	21	47	36
Relais assuétude	24	11	11	17	19
Accompagnement assuétude	1	2	2	2	1
Collaboration assuétude	12	4	3	21	13
Orientation Santé mentale	29	15	5	18	14
Relais santé mentale	34	16	15	9	8
Accompagnement Santé mentale	15	2	3	4	1
Collaboration Santé mentale	28	8	13	18	16
Visite squat	1	2	1	0	0
Visite domicile	10	12	37	39	53
Relais EMR	0	11	3	13	8
Appel police	0	1	0	0	4
Soins pédicurie	27	25	37	82	127



Don matériel	321	389	552	656	799
Repos	*	459	833	1019	920
Visite hôpital	*	12	20	47	8
Visite lieu de vie	*	17	12	3	8
Concertation	*	9	7	9	8
Soins vétérinaires (collabo vétérinaire)	*	11	32	52	64
Collaboration SSM	*	*	20	17	16
Accompagnement incontinence	*	*	22	28	1
Gestion animal	*	*	8	38	53
Soin fin de vie/convalescence	*	*	*	9	0
Soins bien être/esthétique	*	*	*	19	33
Relais Housing first	*	*	*	39	57



## **5. Constats et analyse des chiffres 2016 relative à l'utilisation du service**

### **5.1 Nombre de contacts réalisés**

2 070 contacts ont été réalisés en institutions partenaires (hors dispensaire), soit une augmentation de 11% par rapport à 2015 qui comptait déjà une augmentation de 15% par rapport à 2014.

Le nombre de contacts réalisés en rue et dans le cadre des EMR est quant à lui identique ; si le nombre de contacts pris en dehors des EMR a diminué, c'est que le travail en rue dans le cadre des EMR a augmenté et que les chiffres sont donc passés de l'un à l'autre (1682 contacts pour cette année 2016 contre 1 699 en 2015).

En tenant compte de la totalité des contacts réalisés en rue, en institution et au dispensaire, l'équipe a cumulé 5 599 contacts sur l'année 2016. Pour l'année 2015, l'équipe avait comptabilisé 5 564 contacts. Le nombre total de contacts reste donc pratiquement identique, seul le lieu de ces contacts évolue : plus de contacts réalisés à l'extérieur du dispensaire et un peu moins au dispensaire. Ces chiffres relatifs à la permanence infirmière vont maintenant être abordés plus précisément.

### **5.2 Les permanences au dispensaire de soins**

D'une manière générale, le nombre de contacts réalisés en permanence a légèrement chuté, comptant une centaine de contacts en moins (1457 pour 2015 contre 1338 pour cette année). Cette donnée est à mettre en parallèle du fait que 6 permanences en moins ont été réalisées que pour 2015. Comme chaque permanence infirmière au dispensaire draine une moyenne de 15 patients et que ce chiffre est identique à l'année dernière, on peut donc dire que la fréquentation n'a pas diminué et que si ces 6 permanences supplémentaires avaient eu lieu, les chiffres auraient certainement été identiques à l'année dernière.

Le nombre de contacts réalisés au dispensaire sur rendez-vous (hors permanence) est quant à lui identique.

L'augmentation du nombre de contacts à l'extérieur du dispensaire semble donc donner lieu à plus d'orientation et de réponses à partir du lieu où les personnes sont rencontrées. Cela démontre l'intérêt des présences et permanences extérieures qui, au final, permettent une réponse plus rapide ainsi qu'un gain de temps et d'énergie pour le patient. D'ailleurs, si le nombre de personnes différentes rencontrées sur l'année a augmenté de presque 200 personnes, l'équipe a réalisé une centaine de relais en moins vers le dispensaire.

Par contre, l'équipe maintient totalement son souhait de ne pas faire de soins en rue ou chez les partenaires afin de maintenir la qualité des soins et l'intimité du patient. Seules les démarches sociales et médicales pouvant se faire sans soin et sans toucher à l'intimité du patient peuvent donc se faire lors des présences extérieures et du travail de rue (appel téléphonique, prise de rendez-vous, éducation à la santé, démarches par rapport au traitement, prise de contact avec un autre service, explication des services et du chemin pour y arriver,...).

### **5.3 Le nombre et le type de demandes reçues**

Le nombre total de demandes médicales et de santé mentale a fortement diminué cette année. L'équipe avait noté une très grande augmentation de ces types de demandes entre 2014 et 2015.

Toutefois, en comparant cette donnée au nombre impressionnant d'entretiens de soutiens réalisés en plus, il semble que la santé mentale et les besoins la concernant ne cessent de croître. Cette différence entre demande initiale et besoins réels s'explique surtout par le fait que la demande psychologique est souvent plus difficile à formuler pour le patient. Il se présente avec une demande « plus facile à formuler » comme une demande de soins physique, de soins d'hygiène ou de démarches puis, dans l'intimité de la salle de soins, va alors se livrer et faire part de son mal-être et de son besoin d'être entendu. Ces besoins en termes de santé mentale sont énormes et ne font qu'augmenter d'année en année. Ainsi, si pour 2015 on observait une augmentation de 89 % du nombre d'entretiens de soutiens, pour 2016, on observe encore une augmentation de 39%...

Soit une augmentation de 128 % en deux ans seulement ! On peut avancer le postulat que le temps consacré à l'écoute et aux soins impacte positivement la santé mentale globale des usagers. Il s'agit d'un constat souvent réalisé par l'équipe mais ce postulat se base également sur les dires des patients eux-mêmes !

Les demandes en terme de soins d'hygiène sont en très légère augmentation alors que les demandes « assuétudes » sont en légère diminution.

Par contre, pour cette année 2016, ce sont surtout les demandes de type social qui explosent avec + 53%!

### **5.4 Les présences institutionnelles**

Comme déjà souligné plus tôt, le nombre de contacts réalisés à l'extérieur du dispensaire a augmenté de 11% en un an.



Cette augmentation se constate principalement pour les contacts réalisés lors du travail de rue inter-service (+ 8%) et pour ceux réalisés à l'abri de nuit (+ 15% de contacts) étant donné que chez les autres partenaires cette donnée est stable ou en légère diminution. Cette augmentation du nombre de contacts et du travail de rue a entraîné la diminution des passages dans certains services (Li vi Clotchi, Li Ptite Buweye). Cette modification sera à évaluer lors des mois et années suivantes afin que l'équipe puisse maintenir ses présences institutionnelles de manière la plus efficiente possible.

## **5.5 Les soins et actes réalisés et les services proposés**

### **5.5.1 Les soins infirmiers généraux et les démarches médico-sociales**

L'intégralité des soins réalisés au cours de l'année est reprise au sein du tableau récapitulatif présenté aux pages 30 à 33 de ce rapport.

Le nombre de bains de pieds et de soins d'hygiène a augmenté. De même que le nombre d'éducatifs à la santé.

On note une année beaucoup plus légère en ce qui concerne les dépistages et traitements de parasitoses. Cela est probablement dû à l'excellente collaboration avec l'abri de nuit qui a permis de détecter et traiter extrêmement rapidement tous les cas recensés, évitant ainsi les transmissions croisées et la propagation de ces maladies. Il s'agit peut-être également d'une année « calme ». Il sera intéressant de vérifier cela lors des années suivantes.

Le nombre de pansements simples a également diminué. Pour l'équipe, cela peut s'expliquer par deux choses. Une première est l'accentuation importante de la prévention et des soins d'hygiène et de peau préventifs. L'augmentation du nombre d'éducatifs à la santé (qui a doublé en un an) et de soins préventifs a certainement joué un rôle positif à ce sujet. D'autre part, il est à souligner que plusieurs des patients dont le suivi était intensif ont pu intégrer le projet Housing First ainsi que la structure d'hébergement bas -seuil (appelée 2R et dépendant de l'asbl « Les trois portes »). Plusieurs de ces personnes extrêmement fragiles et qui vivaient en rue depuis plus de 5 ans nécessitaient en effet un suivi bihebdomadaire minimum avec réalisation de pansements, soins d'hygiène et suivi incontinence important pour certaines.

L'équipe est également plus fréquemment amenée à gérer les traitements médicamenteux des patients, à leur demande ou en collaboration avec le médecin traitant. La vie en rue rend en effet la bonne prise du traitement plus difficile et augmente considérablement le risque de dégradation ou de perte/vol des médicaments.



Le nombre de visite à domicile est en nette augmentation. Il permet de mettre en évidence une problématique déjà soulignée lors de l'analyse du profil des patients : celle des situations de grande précarité en logement. Ces situations sont malheureusement souvent moins vite détectées que lorsque la personne est visible aux yeux des intervenants via sa vie en rue.

Le nombre de soins de pédicurie a également fortement augmenté et fera l'objet d'une analyse spécifique au point suivant.

#### **5.5.2 Une particularité : la pédicurie médicale**

A ce niveau, les besoins restent constants. La vie en rue entraîne fréquemment des problèmes multiples au niveau des pieds et les ongles en constituent une protection importante qui mérite toute l'attention des infirmiers. Que ce soit pour éviter des blessures ou pour traiter et soigner des ongles déjà abîmés, les soins de pédicurie s'avèrent indispensables. Le fait de proposer ce type de soins depuis maintenant plusieurs années permet de maintenir les pieds des usagers de longue date dans un état satisfaisant, pour autant qu'ils acceptent ce type de soins.

Les demandes sont en constante évolution et on peut noter une augmentation de 54% rien que pour cette année 2016. L'équipe rentabilise donc totalement l'investissement qu'elle avait consacré avec la formation professionnelle de deux des infirmières de l'équipe en pédicure médicale.

#### **5.5.3 La permanence Service de Santé Mentale**

Le nombre de collaborations reste relativement stable. Il s'agit surtout d'une réelle complémentarité dans les services proposés aux usagers. Le fait de maintenir la collaboration toutes les deux semaines avec un Service de Santé Mentale remplit une réelle demande. Les usagers peuvent ainsi rentrer en contact avec un(e) psychologue tout en restant dans une relation à la base assez informelle. Cela permet souvent de dédramatiser l'idée que les personnes peuvent se faire d'un psychologue et/ou d'un suivi psychologique. Certains embrayent en demandant un suivi psychothérapeutique dans les locaux du Service de Santé Mentale. D'autres en restent à ce contact informel mais tous nous en font un retour très positif. Au-delà du service proposé aux patients, cette collaboration est également précieuse pour la qualité du travail infirmier dans le sens où les psychologues peuvent donner leur avis éclairé sur certaines situations et guider ainsi au mieux la prise en charge globale des usagers.

#### **5.5.4 La permanence vétérinaire**

Ici encore, cette offre spécifique rencontre un réel besoin. Outre le fait de proposer des soins vétérinaires gratuits ou à prix coûtants lors d'intervention et de vaccination, ce service permet d'améliorer la relation de confiance avec les patients.



De plus, le fait que les animaux soient en bonne santé diminue le risque de transmission de certaines maladies mais donne également un bon prétexte pour aborder la santé de manière générale avec les maîtres. Certains patients ne poussent en effet la porte du dispensaire que pour la permanence vétérinaire. Il s'agit donc d'un outil dont les retombées positives sont multiples.

En un an, la permanence vétérinaire a fait face à 23% de suivis en plus et est organisée tous les premiers mercredi du mois.

#### **5.5.5 La permanence coiffure**

Après avoir proposé pendant presque un an une permanence esthétique, l'équipe est maintenant secondée par une nouvelle bénévole, coiffeuse de formation. Cette offre de coiffure rencontre une grosse demande. Cette permanence coiffure a lieu chaque deuxième mercredi du mois et a noté une augmentation de sa fréquentation de 73% depuis l'année dernière.

### **5.6 La formation continue et proactive de l'équipe**

Les membres de l'équipe sont constamment en demande de formation et d'actualisation de leurs connaissances (soins de plaies, psychiatrie et santé mentale, colloque sur le travail social, le travail de rue, l'accompagnement des personnes les plus précarisées,...).

Plusieurs lectures, formations et participations actives à des colloques/échanges...ont eu lieu sur le temps personnel des travailleurs ou pris en charge de manière partielle par les travailleurs sur leur temps personnel :

- Spécialisation en santé mentale et psychiatrie
- Participation à un colloque international de 3 jours sur l'éthique et la santé des personnes en grande précarité
- Master en Ingénierie et Action sociale – travail sur le bien-être des travailleurs effectuant du travail de rue et mémoire en cours sur « les risques des travailleurs en contact direct et permanent avec des usagers de maison d'accueil pour homme en difficulté »
- Soirée colloque sur les particularités et problématiques rencontrées par les travailleurs de rue

Plusieurs formations/colloques/informations ont ainsi pu être suivie dans le cadre du travail au Relais Santé :

- Deux jours de « formation sur la résilience » suivi par toute l'équipe
- 1 journée d'actualisation en soins de plaies

- 2 jours de formation coaching « MBTI<sup>6</sup> » suivi par toute l'équipe
- 2 matinées d'informations sur l'accès aux droits, l'administration de biens et les nouveaux aspects juridiques de la protection de la personne
- 1 demi-journée d'information/formation sur les assuétudes, traitement de substitution et éducation à la santé
- 1 Journée d'information sur le secret professionnel partagé

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

Plusieurs constats, déjà soulevés lors de l'analyse des chiffres, méritent d'être mis en évidence.

- Le vieillissement de la population grandement précarisée rencontrée par le Relais Santé. Parallèlement à ce vieillissement général, il est à noter que la population féminine rencontrée est plus âgée que celle des hommes. Le nombre de femmes de plus de 60 ans est, pour cette année 2016, interpellant et il sera important de surveiller cette donnée dans le futur.
- L'augmentation du nombre de situation de mal logement cumulant plusieurs problématiques conséquentes : personne âgée en logement insalubre ou non adapté, présentant des soucis de santé, en désaffiliation avec le réseau de soin conventionnel et les services existants. Lorsque l'équipe du Relais Santé est interpellée, la situation est fréquemment dramatique et nécessite une intervention rapide et pluridisciplinaire importante.
- L'augmentation croissante du nombre de personnes ne percevant aucun revenu lors du début de la prise en charge. Cette donnée, déjà inquiétante lors des précédents rapports, devient ici majeure car le taux de personne sans aucun revenu ne cesse d'augmenter. Ainsi, à l'heure actuelle, un tiers des usagers suivis n'ont aucune rentrée financière lors de leur passage initial au dispensaire. En parallèle, la proportion de patients qui pourraient prétendre à un revenu ne cesse d'augmenter. Un groupe de travail, piloté par le Relais Social Urbain Namurois a ainsi été initié en 2016. Il a pour mission de proposer la réflexion autour de la situation des personnes sans revenus, n'ouvrant aucun droit et/ou n'ayant pas recours à leurs droits.
- Le nombre croissant de personnes différentes rencontrées. Si la fréquentation des permanences infirmières au dispensaire reste stable, le nombre total de personnes

---

<sup>6</sup> Myer-Briggs Type Indication, qui est un indicateur utilisé pour mieux comprendre les différences de personnalité





différentes rencontrées sur l'année a quant à lui nettement augmenté (+ 18 %). Les moyens humains de l'équipe du Relais Santé n'ayant pas été revus à la hausse, on peut donc en conclure que cette augmentation du nombre de personnes grandement précarisées n'est pas biaisée par une augmentation des capacités du service. Les chiffres relatifs au nombre de présences et passages en rue et dans les institutions en attestent bien.

- L'augmentation exponentielle, d'année en année, des besoins et demandes en termes de santé mentale globale. Le nombre de demandes « officiellement » formulées par les patients ne reflète pas la réalité des besoins. Ceux-ci sont par contre parfaitement mis en avant via le nombre d'entretiens de soutien réalisés (+ 128% en deux ans !) et la réalité des situations rencontrées. Un bon tiers des patients suivis souffre également d'une pathologie psychiatrique conséquente, entraînant des difficultés majeures dans leurs capacités à se situer dans la réalité. Outre la souffrance au quotidien que vivent ces personnes, ces troubles psychiatriques majeurs constituent également un frein plus qu'important à leur réinsertion et à la bonne évolution de leur situation sociale et médicale globale.

- La réelle plus-value des initiatives de logement et d'hébergement « alternatives » et/ou innovantes locales ! Grâce à ce panel grandissant de solutions et d'alternatives, plusieurs patients parmi les plus fragiles et désinsérés qui fréquentent le Relais Santé ont pu retrouver un « chez eux ».

Ces personnes, souvent en situation de sans-abrisme depuis plusieurs années (de manière continue ou avec des solutions épisodiques) n'accédaient en effet pas/plus au logement. Sur cette seule année 2016, l'équipe est plus qu'heureuse de souligner que parmi ses patients les plus fragiles, 7 personnes ont intégré le projet Housing First, 5 autres personnes ont entamés des démarches avec Housing First sans pouvoir/vouloir finaliser la procédure, 4 personnes ont retrouvé un logement via le Capteur de logement, 4 personnes ont intégré les 2R (projet d'hébergement « bas seuil » spécifique aux personnes ayant un long parcours de rue) et 1 personne a intégré l'Horloge (maison d'accueil appartenant à l'ASBL « les 3 portes », tout comme le projet « les 2R »).

- La mise en place effective des projets d'ateliers, activités et propositions « bien être global » pour les usagers. Ces projets, réfléchis et discutés au sein de l'équipe depuis maintenant un an vont enfin pouvoir débuter dès janvier 2017. Il s'agit de plusieurs actions conjointes visant à améliorer le bien-être global (physique, social et psychique) des usagers les plus fragilisés par leur situation de vie. Concrètement, des fruits frais seront proposés lors de chaque permanence. Cela sera l'occasion pour les usagers de pouvoir déguster des produits frais et vitaminés mais également d'ouvrir

plus fréquemment le débat sur une alimentation saine et variée. Le fait de proposer des fruits donne également l'opportunité à l'équipe d'aborder certaines autres matières telles que l'hygiène des mains avant de manger le fruit, le rappel de certaines saveurs et les souvenirs qui y sont liés, les bienfaits des vitamines et des fibres,... Ces fruits seront obtenus grâce à la généreuse collaboration d'un restaurant social local.

- Les ateliers proposant une activité « psycho-sociale ». Concrètement, l'équipe avait à cœur depuis longtemps de pouvoir proposer de manière régulière des activités permettant la socialisation, le bien être, l'épanouissement et l'ouverture aux autres. Ces activités pourront s'articuler autour de différents thèmes : sortie culturelle (cinéma, visite,...), activité cuisine (atelier culinaire simple), activité sportive (petite marche, bowling, billard,...)... Si ils peuvent paraître basiques ou accessoires, ces ateliers ont la grande plus-value de proposer aux personnes sans-abri et grandement précarisées de renouer avec des gestes et des activités de la vie quotidienne qu'elles n'ont parfois plus eu l'occasion de faire depuis des années. Ils deviendront enfin réalité à partir de janvier 2017. Leur fréquence est actuellement fixée à un atelier mensuel et une évaluation de cette périodicité et de la plus-value de ces activités sera réalisée en juin, après 6 mois de recul. Cette évaluation sera faite en collaboration directe avec les usagers ayant participé aux activités.

## 6. Evaluation de l'atteinte des objectifs 2016

<b>Objectif général 1 : Assurer les premiers soins aux personnes en grande précarité</b>		
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	<b>OUI</b> – 90 permanences ont pu être réalisées sur cette année.
1b : Réaliser le suivi de soins individuel sur rendez-vous hors permanences	1b : INFO : Nombre de suivis de soins réalisés hors permanences	<b>OUI</b> – 509 suivis hors permanences ont pu être réalisés en 2016.

<b>Objectif général 2 : Veiller à la création et au maintien du lien avec le public cible</b>		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non -



		Partiellement
2a : Pratiquer l'outreaching	2a : participation aux EMR prévues à raison de 80% minimum	<b>OUI</b> – L'équipe du relais santé à participé à 93 EMR (soit une augmentation de 16 participations par rapport à l'année précédente) ce qui prend en compte des EMR propres au Relais Santé et celles réalisées avec le DUS7 lors des plans saisonniers.  93 contacts supplémentaires ont ainsi pu être réalisés par rapport à l'année 2015
2b : Assurer les présences et permanences institutionnelles prévues	2b : participation aux permanences institutionnelles prévues à raison de 85% des présences prévues.  [Une Main Tendue –Abri de Nuit -Resto du Cœur]	<b>OUI</b> – 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 fermeture des différents services. 34 permanences ont été réalisées à UMT (3 de plus que pour 2015), 38 permanences ont été réalisées à l'ADN (3 de plus que pour 2015)
2c. Etre vigilant aux endroits fréquentés par le public-cible	2c. visite de lieux pour évaluer la pertinence d'un passage potentiel  [ex. Les petits cafés au grand cœur, Li Vi Clotchi, etc.]	<b>PARTIELLEMENT</b> – 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'au nombre de contacts (et donc au temps) pris chez les institutions partenaires.
2d. Travailler la relation de confiance avec les patients	2d. Régularité des permanences  2d. Nombre d'entretiens de soutien  2d. Proactivité – Fréquentation spontanée des permanences [parfois via le bouche-à-oreilles]	<b>OUI</b> – les permanences ont été organisées de manière systématique. Sur les 6 permanences réalisées en moins que l'année précédente, 3 l'ont été suite à des jours fériés, 3 l'ont été suite à une indisponibilité de l'équipe.  -4 137 entretiens de soutiens ont été réalisés, soit une



		<p>augmentation de 38% par rapport à 2015 !</p> <p>- 20% des personnes venues aux permanences ont eu connaissance du service par le bouche-à-oreilles.</p>
--	--	--

<b>Objectif général 3 : Prendre en charge les besoins fondamentaux<sup>8</sup> de la personne</b>		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
3a. Ecouter et analyser la demande	3a. prendre en compte la santé globale dans ses dimensions <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physique</li> <li>- Mentale</li> <li>- Santé sociale</li> </ul>	<b>OUI</b> – Cfr nombre de demandes reçues par l'équipe (médicale, sociale, santé mentale, assuétude, hygiène) ainsi que le nombre d'entretiens de soutiens (4 137 pour cette année 2016)
3b. Mettre en évidence les besoins prioritaires	3b. Méthodologie interne	<b>OUI</b> – Cfr. protocole
3c. Relayer au réseau en fonction des besoins identifiés	3c. Nombre de relais	<b>OUI</b> – Cfr. Rapport d'activité annuel et transmissions régulières au RSUN.
3d. Relayer les besoins non-couverts au RSUN ou autres partenaires	3d. Relais réalisé	<b>OUI</b> – 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.

<sup>8</sup> 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.



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.	<b>OUI</b> – le réseau est connu et l'équipe est proactive en ce qui concerne la rencontre et les informations concernant les nouveaux services
4b. Collaborer étroitement avec les services existants en suivi psychiatrique / santé mentale dans le Namurois.	4b. Info : nombre de relais, accompagnement et/ou orientation vers le réseau en santé mentale  4b. Réalisation à 85% des permanences prévues en collaboration avec le Service de Santé Mentale Astrid  4b. Information et sensibilisation des partenaires et des politiques sur la prévalence des problématiques de santé mentale du public-cible	<b>OUI</b> - 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 permanences communes.  14 orientations santé mentale ont été réalisées, 8 relais, 1 accompagnement

Objectif général 5 : Connaître / collaborer / Orienter vers le réseau existant		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
5a. Connaître et orienter vers le réseau en matière de santé physique et assuétudes	5a. Au minimum une rencontre avec 3 services existants :  - Lits halte soins santé à Bxl  - MM Bequet Médic  - EMSAS Andenne  5a. Relais / Collaborations / orientations vers les services de santé  5a : Répertoire interne disponible et mis à jour	<b>PARTIELLEMENT</b> - Si le travail d'information, de relais et d'accompagnement se fait bien au quotidien (cfr. chiffres) l'équipe a manqué de temps pour rencontrer tous les partenaires prévus et seuls les lits halte soins santé ont pu être rencontrés.  Le répertoire interne est quant à lui bien à jour.
5b : Connaître et orienter vers le réseau existant en	5b : Au minimum une rencontre et si possible	<b>PARTIELLEMENT</b> - Si le travail d'information, de relais et



<p>matière de santé mentale</p>	<p>immersion dans les services existants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revivo A</li> <li>- L'Oasis</li> </ul> <p>5b. Relais vers /Collaborations avec les services du secteur de la santé mentale</p> <p>5a : Répertoire interne disponible et mis à jour</p>	<p>d'accompagnement se fait bien au quotidien (cfr. chiffres) l'équipe a manqué de temps pour rencontrer tous les partenaires prévus. Les premiers contacts en vue d'une rencontre avec l'Oasis ont pu être pris.</p> <p>Le répertoire interne est quant à lui bien à jour.</p>
<p>5c. Connaître et orienter vers le réseau existant en matière d'action sociale</p>	<p>5c. Au minimum une rencontre avec les services existants :</p> <p>MA Arche d'alliance</p> <p>DUS-Travailleurs Sociaux de Proximité-AdN</p> <p>Boutique de droit des Restos du Cœur</p> <p>UMT</p> <p>5c. Relais vers /Collaborations / Orientation avec les services du secteur de l'action sociale</p> <p>5a : Répertoire disponible et mis à jour de toutes les institutions existantes sur le Namurois</p>	<p><b>PARTIELLEMENT</b> - Si le travail d'information, de relais et d'accompagnement se fait bien au quotidien (cfr. chiffres) l'équipe a manqué de temps pour rencontrer tous les partenaires prévus et si des rencontres régulières ont lieu avec les services cités, elles le sont dans le cadre du travail quotidien et autour de situation patients. Mais l'équipe souhaiterait pouvoir réaliser ces rencontres dans le cadre de réunions planifiées et en dehors du travail de terrain.</p> <p>Le répertoire interne est quant à lui bien à jour.</p>
<p>5d : Dès que possible, viser l'affiliation du patient à un médecin traitant</p>	<p>5d : INFO : nombre d'affiliations nouvelles à un médecin mises en place par le Relais Santé</p> <p>5d: 75% des patients suivis au Relais Santé seront affiliés à un médecin traitant et/ou une maison médicale.</p>	<p><b>PARTIELLEMENT</b> - 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,...</p>



<b>Objectif général 6: Favoriser / Rétablir l'accès du public-cible à ses droits</b>		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
6a : Connaître la base du droit social et le réseau existant en matière d'aide juridique ou sociale	6b : INFO : actualisation des connaissances et mises à jour régulières des procédures	<b>OUI</b> – Les informations sont actualisées et à disposition de l'équipe.
6b : Collaboration avec les juristes de la Ville de Namur, du CPAS de Namur et des différents avocats et juristes pro deo exerçant au sein du réseau	6b : rencontre des services en cas de nécessité	<b>OUI</b> - 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,...)
6c : Accompagner / Relayer les personnes	6c. Nombre d'accompagnements/ de relais	<b>OUI</b> – En ce qui concerne les demandes sociales, 97 relais ont été réalisés, 19 accompagnements et 148 collaborations plus complexes. De plus, 329 orientations ont été réalisées.
6d. S'investir dans une réflexion sur la « non-activation » des droits.	6d. Participation à un groupe de travail sur l'analyse des causes	<b>OUI</b> - Les infirmiers de l'équipe participent à tour de rôle au groupe de travail « Non recours et absence de ressources » piloté par le Relais Social Urbain Namurois.

<b>Objectif général 7: Assurer le rôle de relais de l'information et de sensibilisation des problématiques vécues par les personnes en grande précarité (professionnels, pouvoirs subsidants, grand public).</b>		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
7a : Réaliser systématiquement une récolte des données rigoureuse et opérationnelle.	7a : Réalisation et comptabilisation de la récolte des données au terme de chaque mois.  7a. Actualisation des items en fonction de la réalité de terrain. Pour 2016, seront	<b>OUI</b> – 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



	ajoutés les items suivants : - provenance de la personne (prison, MR, MA, etc.) - durée du séjour en rue	patients suivis au dispensaire.
7b : Rédiger un rapport d'activité annuel reprenant les chiffres importants ainsi que les constats relevés.	7b : Réalisation rapport d'activité	<b>OUI</b> – Cfr. Rapport d'activité
7c : Organiser et/ou participer aux formations/informations	7c : Participation à une sollicitation minimum par année en ce qui concerne la sensibilisation des professionnels ou du grand public à la problématique de la santé des personnes sans abri.	<b>OUI</b> – L'équipe à été sollicitée et a participé à plusieurs reprises à des informations/formations dans des écoles d'enseignement secondaire, supérieur et d'enseignement universitaire.
7d : Accueillir des stagiaires infirmiers pour les sensibiliser à la prise en charge des personnes en grande précarité	7d : Maximum 5 étudiants infirmiers et 1 stage d'observation dans le cadre d'un travail de fin d'études portant sur les problématiques liées au sans-abrisme.	<b>OUI</b> - 5 étudiants infirmier 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	Réalisation du folder soumission aux patients pour voir s'il est adapté  Distribution	<b>OUI</b> - Le folder explicatif est réalisé et réactualisé régulièrement en collaboration directe avec le Relais Social Urbain Namurois. Il est largement distribué lors des présences institutionnelles et du travail de rue.

<b>Objectif général 8 : Assurer le bien-être et la sécurité de l'équipe, ainsi que la pérennité du service.</b>		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
8a : Organiser une réunion hebdomadaire entre les membres de l'équipe	- Formaliser un moment de réunion  - 85% des réunions prévues sont réalisées	<b>PARTIELLEMENT</b> – Ces moments de réunions ont été plus fréquemment organisés une semaine sur deux voire une semaine sur trois. Il semble que le rythme de 2





		réunions mensuelles soit suffisant pour l'équipe. Cet objectif sera donc revu pour l'année 2017.
8b : Organiser des réunions d'intervision avec le médecin référent du Relais Santé	8b : Une réunion 1 x/6 semaines) au minimum est réalisée (soit 8-9 réunions sur l'année)  8b. Réserver 1 réunion sur 2 au Relais Santé (sans le Relais Santé Basse-Sambre)	<b>OUI</b> – Ces réunions ont eu lieu avec la présence régulière du Relais Santé Basse Sambre. 6 réunions ont eu lieu sur l'année, en tenant compte des périodes de grandes vacances où ces réunions n'étaient pas possibles.
8c : Maintenir et organiser des réunions de supervision extérieure	8c : Réunions de supervision en fonction des besoins (à définir en janvier)	<b>OUI</b> – 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.
8d : Détecter et mettre en place des procédures nécessaires au maintien de la sécurité et du bien-être des membres de l'équipe	8d : Mise à jour des protocoles  8d : Mise en place des actions logistiques nécessaires à la sécurité et au bien-être des travailleurs  8d. Veiller à des périodes de répit en cas de besoin (fermeture du service)	<b>OUI</b> – 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.

<b>Objectif général 9 : Se former pour actualiser ses connaissances</b>		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
8a : 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	8a: Une formation ou information suivie par membre de l'équipe chaque année  8a : Formalisation d'un moment de partage sur le contenu de chaque formation suivie	<b>OUI</b> – Les membres de l'équipe sont constamment en demande de formation et d'actualisation de leurs connaissances (soins de plaies, psychiatrie et santé mentale, colloque sur le travail social, le travail de rue, l'accompagnement des personnes les plus précarisées,...). Plusieurs formations/colloques/informations



de soins.		ont ainsi pu être suivis au cours de cette année, dont une formation de deux jours à laquelle l'entièreté de l'équipe a participé : « formation sur la résilience ». (cfr. Point 5.6)
8b : Se former et s'informer aux différentes problématiques existantes en santé mentale et sans-abrisme	8b : Participation à au moins une formation/information sur l'année  8a : Formalisation d'un moment de partage sur le contenu de chaque formation suivie	<b>OUI</b> - une infirmière de l'équipe a pu réaliser la spécialisation en psychiatrie et santé mentale accélérée. Les retours nécessaires ont été faits à l'équipe.



## 7. Conclusion

Arrivé au terme de ce rapport, beaucoup d'éléments auront été parcourus.

Le point le plus important à souligner est peut-être la stabilité que l'équipe a pu instaurer après quelques années d'existence.

De part cette vitesse de croisière enfin trouvée, les formations et spécialisations suivies par les infirmiers, la mise en place de services complémentaires grâce à l'aide précieuse de volontaires ainsi qu'à la collaboration efficiente avec les partenaires locaux, l'équipe peut à présent répondre à la majorité des demandes auxquelles elle est confrontée.

De plus, l'arrivée récente sur le territoire Namurois de plusieurs initiatives innovantes en termes de logement à également permis de fournir des réponses supplémentaires lors de situations particulièrement complexes.

Les partenariats avec certaines structures locales sont particulièrement fructueux et il est important de souligner toute l'efficacité de ces collaborations hebdomadaires avec l'abri de nuit, les restaurants sociaux, les partenaires locaux,...

Le travail de rue en binôme inter-services à également été tout particulièrement investi par l'équipe au cours de cette année. Outre le nombre important de personnes rencontrées par ce moyen, les collaborations pluridisciplinaires ont ainsi pu fournir des réponses plus précises et adaptées aux individualités de chaque situation.

La supervision commune suivie dans le cadre des réunions entre travailleurs de rue de Namur a également permis d'affiner la vision collective de cet outil et de travailler certaines questions centrales liées au travail hors des murs.

D'autre part, la récolte des données, s'étant affinée et ayant évolué en fonction des besoins sur une période de maintenant 5 années complètes, peut enfin révéler certains éléments concrets et comparables dans le temps.

Les chiffres mettent bien en évidence l'augmentation croissante du nombre de personnes en situation de grande précarité mais soulignent également certaines problématiques essentielles à traiter dans la prise en charge efficiente de ce public particulier.

De plus, la majeure partie des objectifs de cette année 2016 auront été atteints avec succès. L'équipe va donc poursuivre ses efforts pour maintenir la qualité de son travail tout en réfléchissant aux actions à mettre en œuvre pour augmenter son efficacité et toujours répondre au mieux aux demandes et aux besoins du terrain.

L'équipe est également heureuse de pouvoir enfin concrétiser son souhait d'élargir ses services en proposant au public en grande précarité des fruits frais ainsi que la possibilité de participer à des ateliers/activités psycho-sociales bienvenues dans le cadre d'une grande précarité sociale, financière et souvent affective.

Enfin, pour venir soutenir la motivation et l'implication de l'équipe ainsi qu'accompagner la réflexion constante des infirmiers, une nouvelle supervision vient d'être organisée et débutera au mois de janvier 2017.

