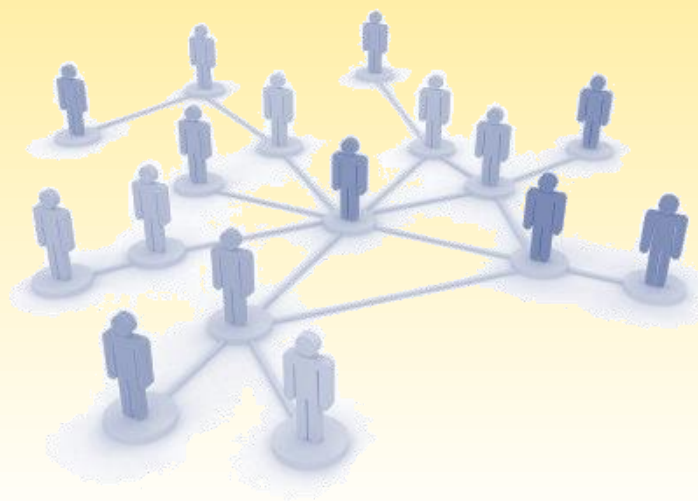


Relais santé

Rapport
d'activités
et d'évaluation
2018



Relais santé

Rapport d'activités 2018



Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Contextualisation, méthodologie de travail et de récolte des données du Relais santé de Namur	4
	2.1 Historique et mise en place du projet	4
	2.2 Finalité principale et public cible du Relais santé de Namur	4
	2.3 Les partenaires	5
	2.4 Méthodologie et définition des items utilisés	5
3.	Données épidémiologiques relatives aux patients suivis au Relais santé	6
	3.1. Méthodologie et précisions concernant la récolte des données de profil	6
	3.1.1 Sexe	7
	3.1.2 Age	9
	3.1.3 Etat civil dans les faits	10
	3.1.4 Avec ou sans enfants à charge	11
	3.1.5 Nationalité	12
	3.1.6 Statut général des patients toutes nationalité confondue	12
	3.1.7 Connaissance et maîtrise du Français	14
	3.1.8 Revenus	15
	3.1.9 Situation de logement	17
	3.1.9 Suivi médical existant ou non	18
	3.1.10 Lieu de la première rencontre (mode de connaissance du service)	20
	3.1.11 Type de réponse(s) apportée(s) lors de la première visite	21
	3.1.12 Mutuelle	22
	3.1.13 Statut mutuelle	23
4.	Récolte des données de l'année 2018 relative à l'utilisation du service	26
5.	Constats et analyse des chiffres 2018 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 Les présences institutionnelles	36
	5.4 Les soins et actes réalisés et les services proposés au sein du dispensaire	37
	5.5 La formation continue et proactive de l'équipe ainsi que ses interventions extérieures	39
	5.6 Les constats spécifiques, les questionnements et défis pour l'année à venir	40
6.	Evaluation de l'atteinte des objectifs 2018	43
7.	Conclusion	50



1. Introduction

Comme chaque année, la réalisation du rapport d'activité est l'occasion de prendre de la hauteur par rapport au quotidien.

Cette mise à distance est un outil précieux, permettant de voir le travail réalisé mais aussi de faire le point sur l'année écoulée et de mieux cibler et orienter les missions et objectifs pour l'année à venir.

L'année 2018 a aussi été riche en travail de terrain, en rencontres, en apprentissages et en réflexions en vue d'améliorer le bien être et les conditions de travail au quotidien.

Ce rapport d'activité présente donc à la fois le contexte du Relais santé de Namur mais également les données épidémiologiques concernant sa patientèle ainsi qu'un relevé le plus exhaustif possible de tout le travail effectué par l'équipe au quotidien.

En vue d'approfondir et d'enrichir la réflexion, les différents chiffres et constats seront mis en perspectives, comparés avec les années précédentes et confrontés aux différentes impressions de l'équipe.

Les données et actions menées par le Relais santé de Namur sont collectées selon une méthodologie uniformisée depuis l'année 2012.

Ce rapport mettra donc en évidence l'évolution du travail, des demandes et des actions menées depuis les prémices de ce projet. Au fil des années, l'équipe a subi pas mal de changements mais a également su et pu maintenir une qualité de prise en charge ainsi qu'une expertise professionnelle fine et constamment enrichie.

L'expérience, les bonnes pratiques et le savoir ont donc pu être partagés et transmis de manière à toujours viser plus de qualité dans la prise en charge mais aussi faire face à l'augmentation sans cesse croissante des demandes et des spécificités rencontrées. Ces différents chiffres, données et constats vont maintenant être présentés. Ils pourront être mis en parallèle des perspectives pour les années futures et ainsi intégrés dans les objectifs opérationnels 2019.



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 CWASS, ont ainsi pour mission de créer des Relais santé visant à prendre en compte la problématique médicale de proximité des personnes grandement précarisées.

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

C'est donc sur ces jalons que le Relais santé de Namur a été créé sous l'impulsion du Relais Social Urbain Namurois dans le courant du mois de septembre 2009.

2.2 Finalité principale et public cible du Relais santé de Namur

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

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

Le Relais santé se veut être un service proactif. Il agit en amont en allant à la rencontre des personnes, et n'attend pas toujours que la demande vienne à lui pour la prendre en charge. Il est toutefois très important de souligner que le Relais santé veille à ne pas se substituer au réseau et qu'un de ses objectifs prioritaires reste de tenter de raccrocher la personne avec un système de soins conventionnels. Dès que cet objectif est atteint, et dans la mesure où il paraît être en mesure de se maintenir dans le temps, le Relais santé se retire. Dans la pratique, un lien peut toutefois être maintenu, toujours dans l'optique de jouer le rôle de 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 2018, 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 est soigneusement consignée. 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, si elles perdurent dans le temps ou restent anecdotiques.

Avec les chiffres récoltés durant cette année 2018, l'équipe du Relais santé dispose maintenant d'une vision globale sur 7 années, ce qui commence à donner du recul et de la fiabilité aux constats et évolutions remarquées.



3. Données épidémiologiques relatives aux patients suivis au Relais santé

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

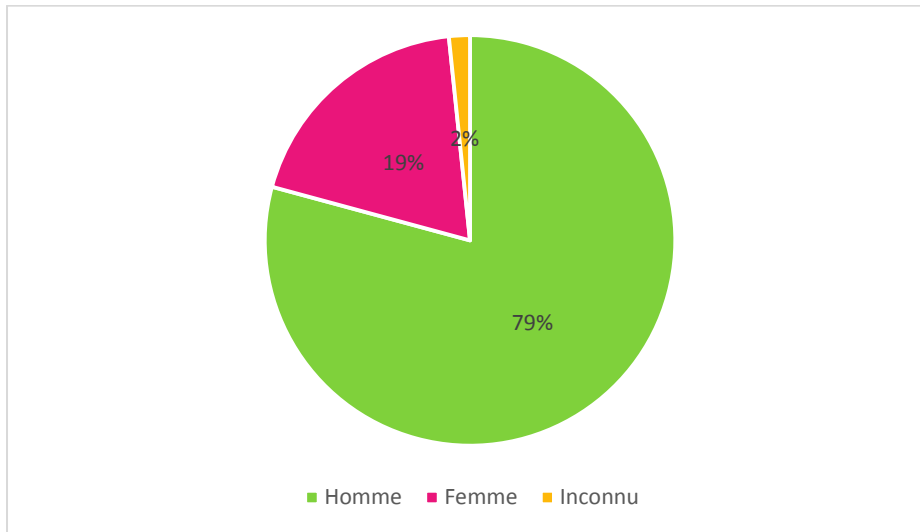
Comme abordé précédemment, l'équipe du Relais santé n'ouvre de dossier que pour les personnes **venant physiquement** au sein du dispensaire. Quelques exceptions surviennent lorsqu'un suivi important doit se faire dans le « lieu de vie » de la personne sans que celle-ci n'accepte de se rendre au dispensaire (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).

Dans le cadre des collaborations de plus en plus fructueuses avec l'équipe du Housing First de Namur, cette méthode pourrait être adaptée pour l'année 2019, certains suivis très réguliers de patient se faisant alors au domicile de la personne, en collaboration directe et intense entre les deux équipes.

Les données des graphiques présentés sont donc issues des 304 dossiers constitués sur l'année 2018. Ils sont représentatifs des personnes suivies physiquement au dispensaire et non des 1330 personnes rencontrées au total sur l'année 2018.



3.1.1 Sexe



La proportion de femmes au sein du public rencontré est en légère diminution cette année. En 2017, l'équipe avait accompagné un nombre encore jamais atteint de femmes avec un ratio de 25 % des usagers.

Il sera donc intéressant de surveiller de près l'évolution de cette donnée dans les années à venir mais les femmes représentent toujours au moins un cinquième des patients rencontrés.

Cette spécificité du genre est loin d'être négligeable dans la prise en charge.

Si les besoins en termes de logement, d'accompagnement et de suivi peuvent sembler identiques, la prise en charge physique, médicale et psychologique d'une femme en situation de sans-abrisme tournera autour de demandes bien spécifiques : la contraception, les menstruations ou leur absence, l'accompagnement dans le désir de maternité ou une grossesse en cours, la réponse aux besoins d'hygiène de base et à l'image de soi, le besoin de sécurité général ou de suivi après une agression,...

Pour répondre à cette demande, différents éléments ont pu être mis en place par le Relais santé via différentes collaborations actives :

- Permanence coiffure gratuite assurée par une coiffeuse bénévole une fois par mois
- Fourniture de serviettes hygiéniques et de produits d'hygiène de base via différentes associations, fourniture de sous-vêtements propres et adaptés via les différents dons,
- Collaboration avec plusieurs partenaires locaux : centre de planning familial, services partenaires réalisant des permanences dédiées aux femmes, sage-femme, maisons



médicales, services de l'ONE, maison maternelle, services d'esthétique sociale de la mutuelle,...

- Facilitation des accès aux sanitaires,...

Toutes ces actions sont complémentaires et viennent remplir des besoins souvent très perturbés par la vie en rue.

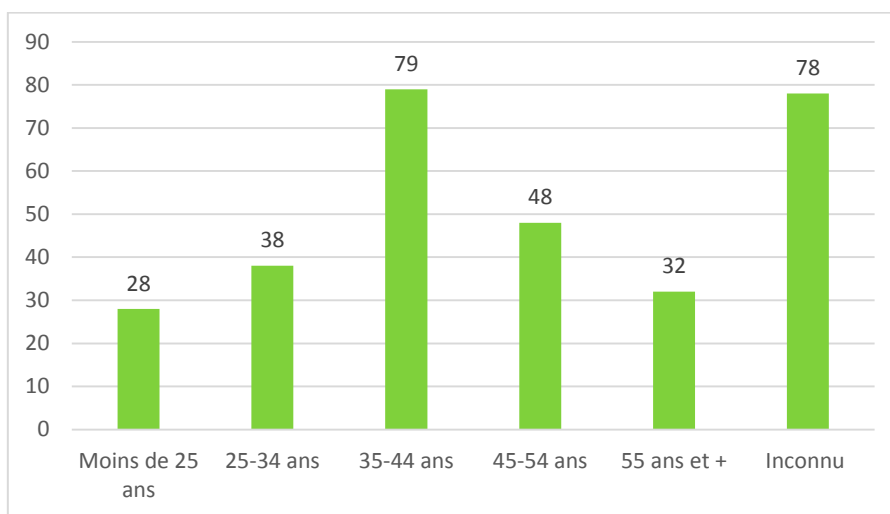
Or, l'hygiène intime, l'estime de soi, l'image personnelle et le besoin de sécurité sont des bases essentielles pour toute femme.

Selon la situation et le contexte de santé mentale, le maintien, la restauration ou l'acquisition de ces « bases » permettront une meilleure insertion sociale, une réelle facilitation des différentes démarches médicales et sociales ainsi qu'un indispensable bien-être.

Les besoins en termes d'accompagnement psychologique seront également bien particuliers, les demandes en termes de suivi de la perturbation du rôle parental et des différents états de stress et syndromes post-traumatiques étant plus fréquentes.



3.1.2 Age



Comme les années précédentes, la tranche d'âge majoritaire reste celle des 35-44 ans avec une proportion totale de 26% (augmentation de 4 % par rapport à 2017).

Cette répartition en « pyramide » de l'âge moyen des patients suivis reste également une constante au fil des années.

Le nombre important d'inconnue est aussi une réalité qui se maintient, cette information concernant l'âge exact ou la date de naissance restant une information souvent difficile à obtenir dans le cas de suivis ponctuels, notamment pour les personnes en séjour irrégulier.

10% de l'ensemble des patients suivis ont plus de 55 ans (petite diminution de 2% par rapport à 2017).

Cette donnée est importante à plusieurs niveaux.

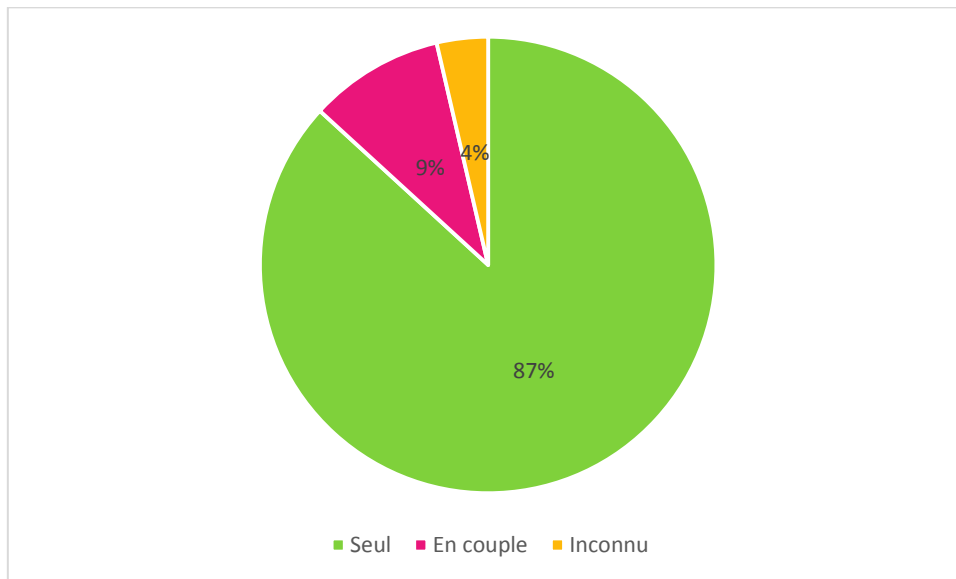
D'une part, passé cet âge, les personnes en rue présentent très souvent des problématiques de santé plus conséquentes ou plus évoluées. Pour rappel, l'espérance de vie moyenne pour une personne sans abri (hommes et femmes confondus) est fréquemment évaluée à 45-55 ans (47,6 ans selon une étude de 2013¹).

D'autre part, l'accès à une grande partie des structures d'hébergement pour personne en situation de sans-abrisme se limite à 65 ans ou n'est pas adaptée aux besoins spécifiques d'une personne en perte d'autonomie (soit vis-à-vis du cadre imposé : horaires d'accès, autonomie demandée, vie en groupe, pas de personnel de soin,... soit vis-à-vis de la structure même des bâtiments : escaliers, lits superposés, dortoirs, éloignement important des toilettes,...).

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



3.1.3 Etat civil dans les faits



L'équipe se base ici sur les faits observés et non l'état civil légal enregistré.

Le fait que la grande majorité des patients suivis soit isolé est une constante qui revient d'année en année. Cette donnée est importante car, au-delà du statut civil, la personne est le plus souvent isolée de manière générale, n'ayant ni personne ressource, ni famille ni ami fiable sur qui pouvoir compter.

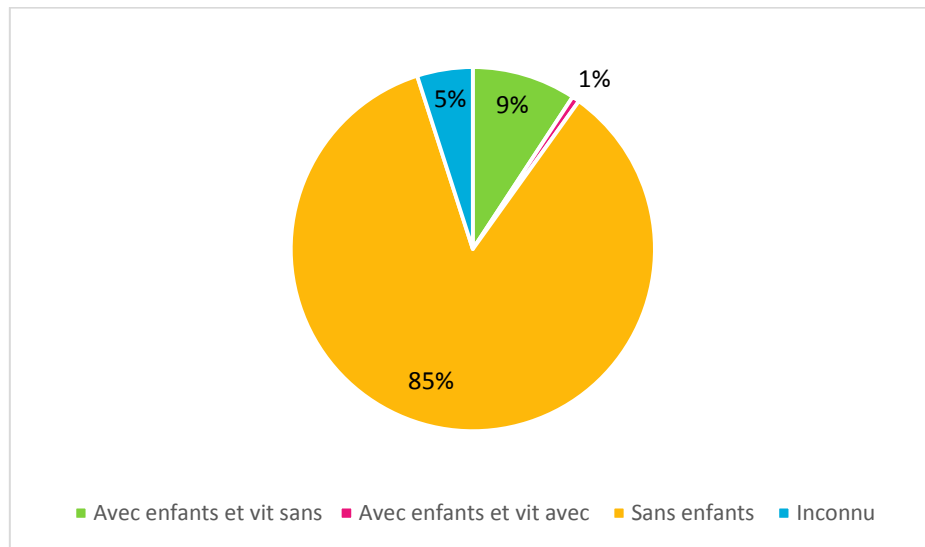
Cette « problématique » est d'ailleurs souvent préalable à l'arrivée en rue et il s'agit fréquemment d'un des éléments ayant favorisé l'arrivée en rue de la personne.

Il n'est pas rare non plus de constater que l'élément déclencheur de la perte du logement est justement une rupture familiale telle qu'un divorce, le décès du conjoint ou du parent restant...

La proportion de personnes en couple reste, à 1% près, identique.



3.1.4 Avec ou sans enfants à charge



Cette donnée, source de questionnements, a entraîné un affinement dans la récolte des données.

Au-delà de ce que l'équipe pouvait constater objectivement (présence d'enfants ou non dans la situation actuelle immédiate), elle a répertorié le nombre de patients disant avoir des enfants mais sans vivre avec dans les faits.

Ce graphique met en évidence qu'un dixième du public, hommes et femmes confondus, vit séparé de ses enfants. Il est probable qu'en réalité ce chiffre soit plus élevé en raison du nombre d'inconnues mais également du fait que cette question, souvent douloureuse, n'est pas toujours abordée par le patient.

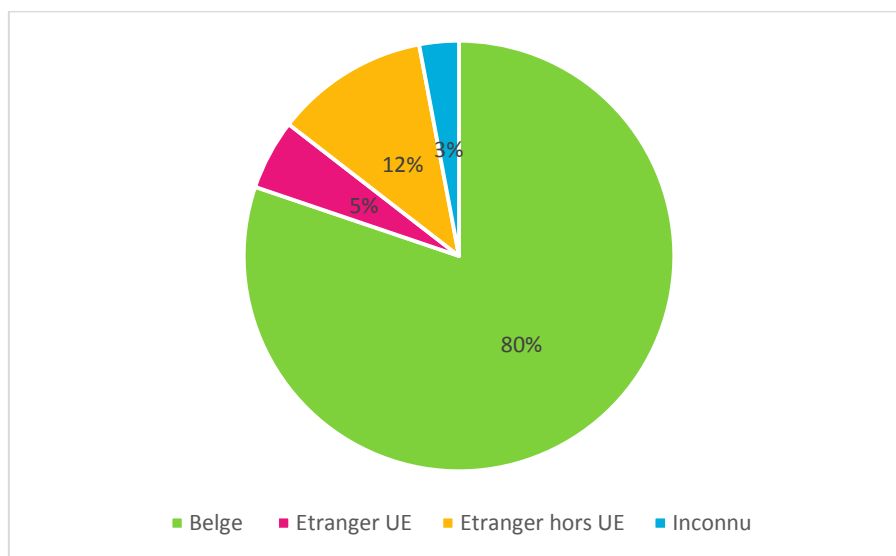
La méthode de récolte des données concernant cet item vient d'être modifiée pour l'année 2018. Ce changement a déjà permis de constater une augmentation du nombre de patients ayant des enfants (qu'ils vivent ensemble ou non) car auparavant la proportion de personnes ayant des enfants mais vivant sans n'était pas spécifiée.

L'autre constat de cette modification dans la manière de récolter les données a été de valider le fait que les personnes sans-abri étaient pratiquement toujours séparées de leur enfant lorsqu'elles en ont.

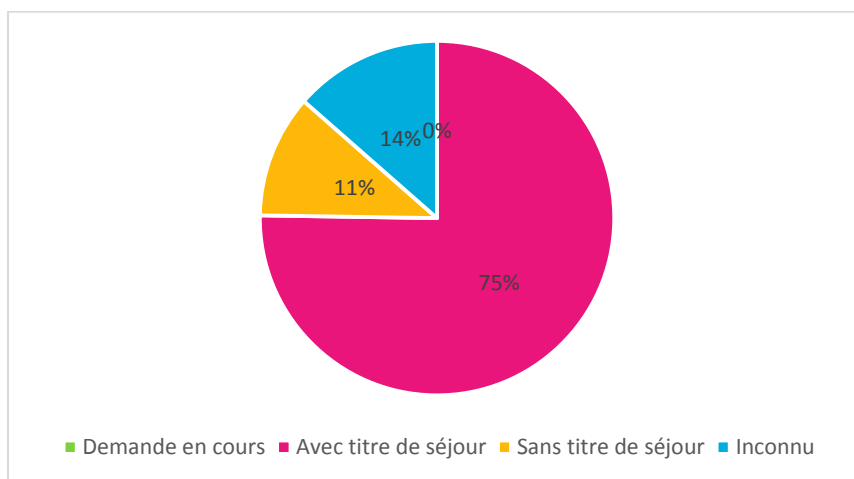
Hommes et femmes confondus, cet élément reste quelque chose de difficile à vivre et est souvent source de demande de suivi psychologique et de soutien.



3.1.5 Nationalité



3.1.6 Statut général des patients toutes nationalités confondues



Les deux graphiques précédents sont à lire de manière transversale. Ils valident les proportions déjà rencontrées les autres années sur Namur. Un peu plus de ¾ des patients suivis sont belges ou assimilés et en séjour régulier. Entre 20 et 25% des personnes suivies sont quant à elles en séjour irréguliers ou en situation floue/inconnue.



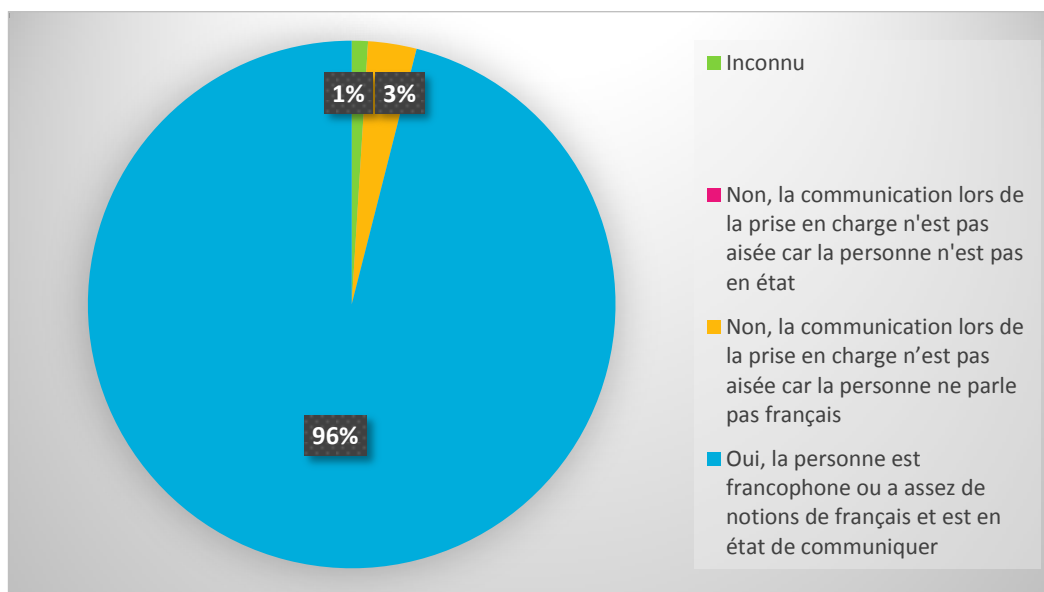
La différence concernant le pourcentage de personnes belges et en séjour régulier entre les deux graphiques met en évidence cette difficulté d'obtenir l'information exacte pour certaines personnes, surtout lorsque le titre de séjour n'est pas/plus en ordre.

Plusieurs facteurs l'expliquent aisément : la crainte initiale de s'avouer en séjour irrégulier, le flou et la complexité des démarches de régularisation faisant que même en confiance, la personne a souvent du mal à donner son statut exact,...

Au final, cette donnée sert principalement à évaluer le nombre de personnes pour qui l'accès aux soins sera à priori dépendant de l'Aide Médicale Urgente, telle que définie par la loi belge concernant l'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier.



3.1.7 Connaissance et maîtrise du Français



En parallèle des deux graphiques précédents, il est utile de préciser que la barrière de la langue n'est qu'une difficulté très ponctuellement rencontrée au Relais santé de Namur.

Moins de 5% des patients ne parlent pas du tout le Français (de manière suffisante pour pouvoir échanger une conversation simple autour de la santé et des besoins de bases). Pour ces 5%, des solutions sont fréquemment trouvées : soit la personne s'exprime suffisamment bien dans une autre langue connue du service : Anglais,... permettant un échange suffisant, soit des traducteurs sont disponibles.

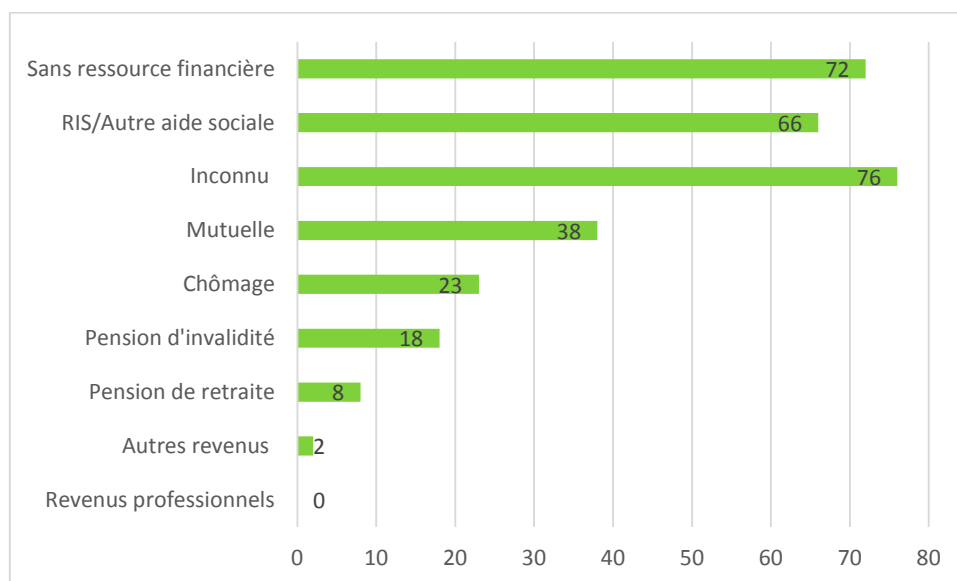
La problématique vient essentiellement de ce dernier point. La personne comprend et est comprise mais cet échange se fait la plupart du temps par un traducteur « pair »,...

Ce point questionne l'équipe car les informations échangées relèvent souvent du médical et de l'intime et il est toujours délicat d'avoir recours à un non professionnel (d'autant plus quand ce dernier est un compagnon de rue). A ce jour, peu de solutions ont été trouvées pour ces situations très ponctuelles car elles nécessitent souvent d'avoir le traducteur « sous la main » au moment où la personne se présente.

Le délai demandé pour le recours à un traducteur professionnel n'est donc souvent pas réaliste et de plus, l'équipe ne dispose d'aucun moyen financier pour payer un tel service.



3.1.8 Revenus



Pour l'année 2018, près de 24% des personnes suivies sont sans revenu lors de la prise en charge initiale par le Relais santé.

Ce chiffre est identique à celui de l'année 2017 mais, comme les autres années, il est probablement plus élevé car sous les 22% de revenus « inconnus » se cache souvent une absence de revenu officiel.

Sans surprise au regard des années précédentes, le revenu le plus fréquemment retrouvé est celui de l'intégration sociale fourni par le CPAS qui arrive au même niveau que les 22% d'inconnus.

Viennent ensuite les revenus de remplacement octroyés par la mutuelle (12,5%), les allocations de chômage (7,5%).

Au regard du fait que la grande majorité des personnes suivies est en situation de sans abris, il est toujours très interpellant de remarquer le pourcentage de ces personnes percevant une pension de retraite (2,6%) ou d'invalidité (6%).

Ces deux dernières situations laissant présupposer de l'état de santé particulier et des besoins spécifiques d'un petit dixième de tous les patients suivis au Relais santé.

Contrairement à l'idée souvent véhiculée, la vie en rue coûte cher (absence de frigo, d'armoires, usure beaucoup plus rapide des vêtements, tributaire du temps et des intempéries avec conséquences sur le matériel, la santé et les vêtements, impossibilité de prévoir au niveau alimentaire et nécessité d'acheter plus souvent en petite quantité, frais de santé spécifiques, remise en ordre administrative liée aux pertes/vols plus fréquents, toilettes

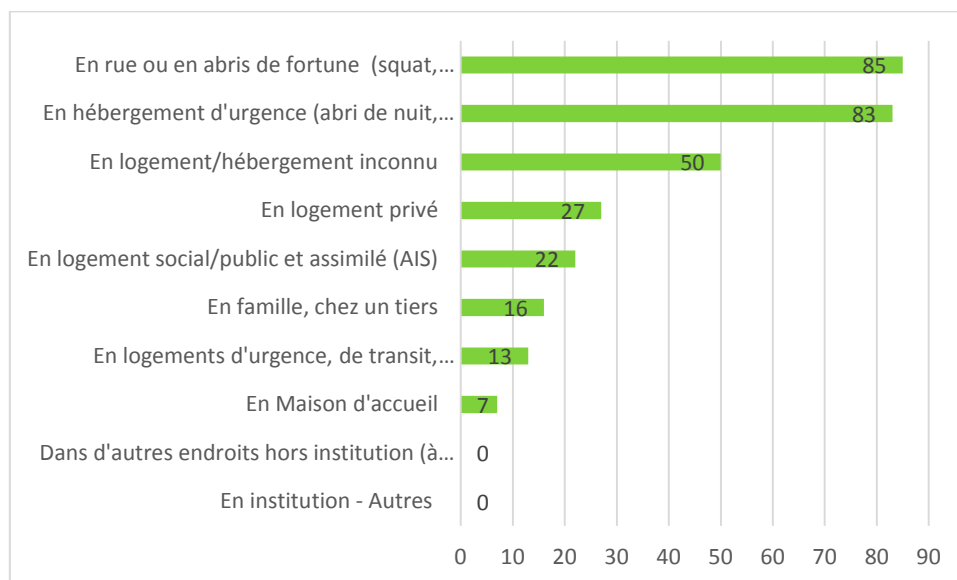


payantes lorsque pas dans les heures d'accès des différents services (même si 2019 a vu la mise en place de 3 toilettes publiques dans la ville)... Du plus sur Namur, comme dans beaucoup de grandes villes, l'accès au logement reste une réelle difficulté. La ville étant prisée et la demande plus importante que l'offre, les loyers sont élevés même pour de petits logements.

Au final, ce graphique met en avant que la grande majorité des personnes suivies ne disposent souvent pas d'un revenu suffisant (lorsqu'il est existant) pour faire face à tous leurs besoins en terme de santé, d'accès au logement, de remise en ordre administrative et d'accès à leurs besoins de base.



3.1.9 Situation de logement



Comme pour les années précédentes, la grande majorité des patients suivis sont considérés comme sans abri lors de la prise en charge.

Pour déterminer le critère de la situation de logement, l'équipe se base sur la grille Ethos².

28% des personnes suivies vivent en rue, en squat ou en tente et ne fréquentent aucune structure d'hébergement d'urgence. Il est à souligner que 27% des patients suivis fréquentent l'abri de nuit. Cela implique que, tributaires du nombre de place et du cadre de ce dernier, ils passent souvent également des nuits en rue.

Se rajoutent encore les 5% de personnes provisoirement hébergé chez un tiers (beaucoup plus rarement par un membre de la famille) et qui sont donc, toujours selon la grille Ethos, considérée comme sans-abri.

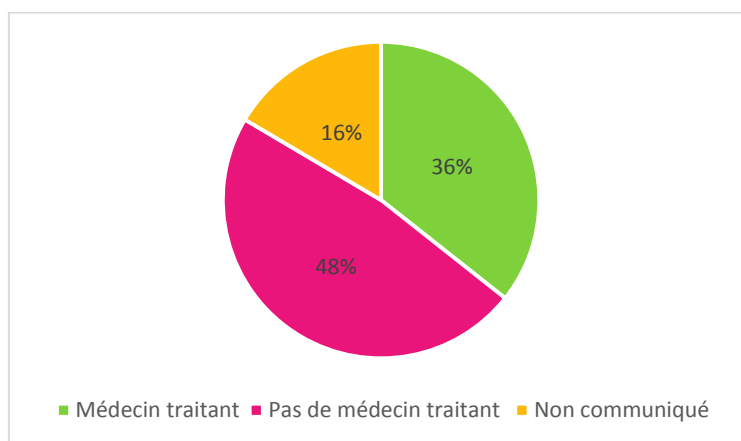
Parmi les 16.5 % d'inconnus, beaucoup de personnes vivent en squat ou en tente mais ne souhaitent pas aborder le sujet lors de leur première demande. Cet item n'a pas toujours pu être ré-abordé par la suite. Il est exceptionnel que la situation soit « inconnue » lorsque la personne dispose d'un logement adéquat.

Au final, le pourcentage de personnes suivies et se trouvant en situation de sans abrisme avoisine donc les 70%.

² https://www.feantsa.org/download/fr_2525022567407186066.pdf



3.1.9 Suivi médical existant ou non



La moitié des personnes suivies ne dispose pas d'un médecin traitant lors de la prise en charge initiale par le Relais santé. Cette donnée reste très interpellante.

La mise en place d'un médecin traitant reste une priorité pour l'équipe.

Elle permet en effet un suivi cohérent du patient, diminue le risque d'errance thérapeutique ou de surconsommation de soins, d'examens et/ou de médicaments, elle diminue le recours aux services d'urgences, favorise l'alliance thérapeutique, la mise en confiance et l'autonomie du patient dans son processus de gestion de sa santé.

Elle permet aussi au patient de bénéficier d'un dossier médical global et d'être suivi de manière plus sécurisée (antécédents, résultats des examens précédents, allergies,...), cohérente et préventive. Elle évite aussi au patient de toujours devoir se répéter et revenir sur sa situation et son histoire.

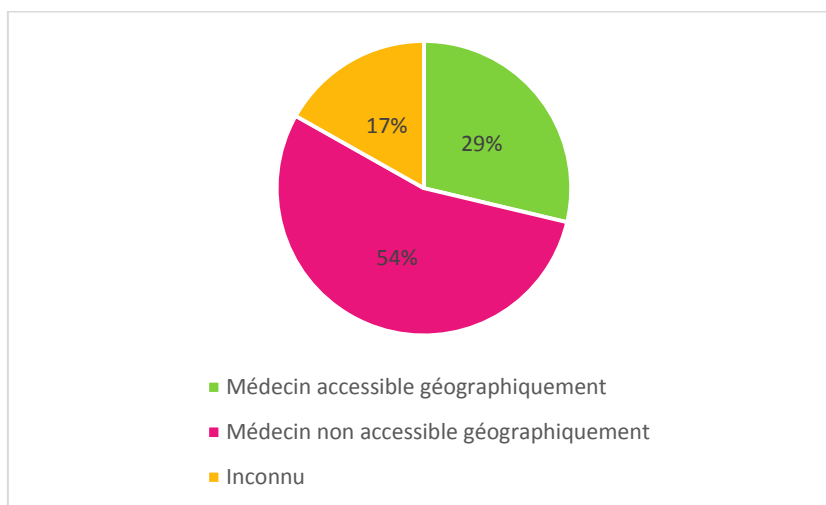
Mis en confiance, le patient aura plus facilement et plus rapidement accès à son médecin. L'aspect financier sera analysé au cas par cas et les nombreuses affiliations en maison médicale ou avec des médecins conventionnés ainsi que les collaborations fructueuses avec le CPAS (Médiprima, bons médicaux et pharmaceutiques,...) permettent également que l'aspect financier ne soit plus un frein ou une question majeure dans l'accès aux soins.

On relève ici toute l'importance d'agir de manière cohérente, avec une vision à moyen et long terme.

L'affiliation à un système de soins conventionnels peut en effet souvent sembler plus longue ou complexe que l'accès à un service d'urgence ou un médecin de dépannage. Cependant, moyennant bonne information et cohérence des démarches et des services, l'affiliation à un médecin traitant est rapidement beaucoup plus porteuse, efficace et bien-traitante pour le patient.



Accessibilité géographique du médecin traitant lorsqu'existant



Pour la moitié des 36% de patients disposant d'un médecin traitant, ce dernier n'est plus accessible géographiquement lors de la prise en charge.

Cela s'explique par le fait que beaucoup de patients sont amenés à se déplacer, parfois loin de chez eux, pour avoir accès à un abri de nuit ou à des services spécifiques accompagnant les personnes sans-abri.

Une autre proportion de patients « migre » aussi de ville en ville pour des raisons personnelles ou inhérentes à leur pathologie mentale.



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



Cette donnée est très intéressante dans le sens où elle met parfaitement en évidence l'importance de pratiquer l'outreaching mais aussi d'investir les lieux de passages du public cible.

Malgré des proportions légèrement différentes, la pertinence des 3 pôles de travail et « d'aller vers » de l'équipe est donc bien validée avec une prise de contact initiale et l'initiation d'un lien bien réparties entre :

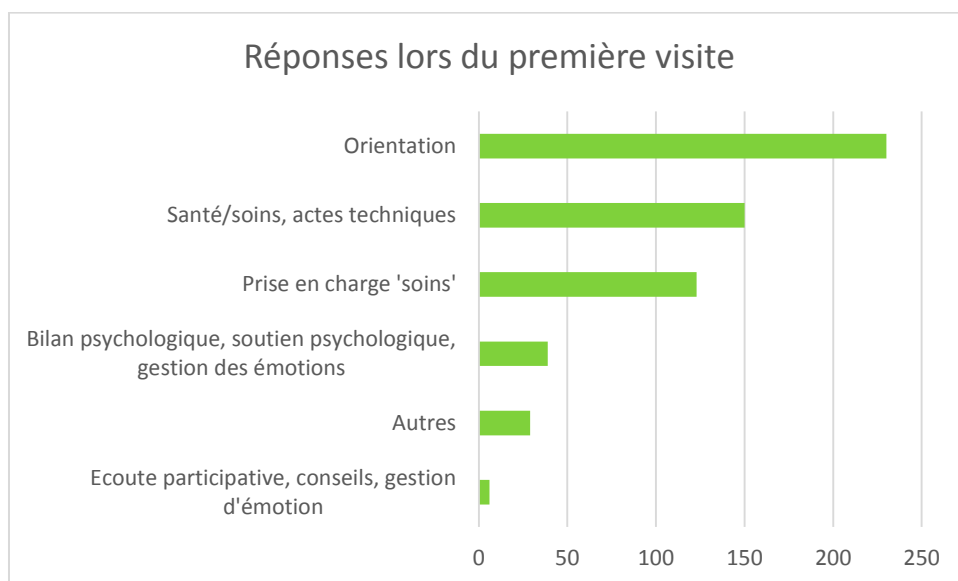
- les présences institutionnelles (abri de nuit, Resto du cœur, Une main tendue)- 39%
- Le travail de rue (EMR et travail inter Relais santé) – 27 %
- Le dispensaire (soit directement au dispensaire soit via le « bouche à oreilles » entre usagers –cfr « Autres » et ce, de manière parfaitement équitable) : 33,5% au total.

Ce graphique confirme donc l'importance et l'efficacité de la méthodologie « d'aller vers » (outreaching) et le fait de multiplier les lieux et modes d'information liés à l'existence du service.

Au final, moins d'un cinquième des patients (16%) arrive au dispensaire de manière spontanée (via le folder ou l'orientation d'un autre service) sans avoir au préalable déjà rencontré un membre de l'équipe. Cette notion de mise en confiance et d'instauration d'un lien semble donc cette année encore plus qu'importante.



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



Ce graphique reprend les différentes réponses qui ont été apportées par l'équipe lors de la première visite du patient, indépendamment de la demande formulée.

Dans l'item « autres » se retrouvent les différentes prestations « annexes », tels que soins vétérinaires, coiffure,...

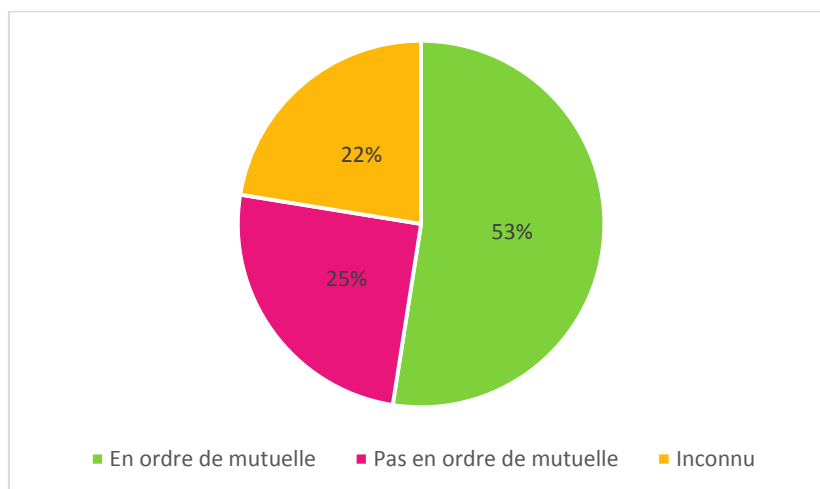
Les onglets « soins » et « prise en charge soins » regroupent l'ensemble des soins infirmiers et des démarches globales réalisées pour mettre en place un médecin traitant, relayer vers une maison médicale, favoriser l'accès aux soins, à la mutuelle,

Les orientations et relais vers différents partenaires et services restent la première action réalisée lors de cette visite initiale. L'équipe reste en effet toujours vigilante à ne pas se substituer au réseau ni aux services de soins conventionnels.

L'anamnèse initiale sert effectivement à voir plus clair dans la situation de la personne, de ses demandes et besoins et permet parfois de d'éviter des doublons lors de prises en charge déjà existantes dans la vie de la personne ou encore de l'orienter au mieux vers d'autres services plus adaptés ou spécifiques à sa situation (ex : Echange, service social, maison médicale,...). Toutes les actions et orientations sont toujours réalisées en vue de favoriser la santé, le bien-être et l'autonomie de la personne.



3.1.12 Mutuelle



Un peu plus de la moitié des patients suivis sont en ordre de mutuelle. Un quart n'est pas en ordre (il s'agit, pour une bonne partie de ces 25% , de patients en séjour irrégulier, d'emblée exclus de ce dispositif). Pour les 22% restant, la situation est inconnue, soit parce que l'information n'a pas été communiquée à l'équipe, soit parce que le patient ne connaît pas lui-même l'état de sa situation mutuelle.

Plus encore que pour le fait d'avoir un médecin traitant, cet item est primordial dans les possibilités d'accès aux soins de la personne.

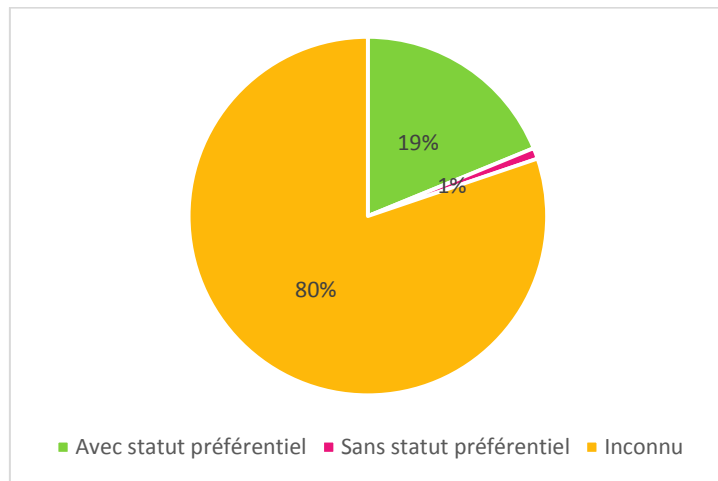
En effet, l'accès même à un médecin sera tributaire de l'assurabilité de la personne (en dehors de la collaboration avec Médecin du monde).

Par la suite, le fait d'être assuré ou non sera primordial dans le parcours d'accès au traitement.

Certains médicaments essentiels, gratuits ou très accessibles lorsque pris en charge par la mutuelle, deviennent inabordables lorsqu'à charge totale du patient, par exemple : antibiotiques, antiépileptiques, médicaments cardio-vasculaires, neurologiques,



3.1.13 Statut mutuelle



Cette donnée est le plus souvent inconnue. Au regard du statut et du type de revenu perçu, le nombre de patients bénéficiant d'un statut préférentiel est certainement plus élevé. Une personne percevant le revenu d'intégration sociale par exemple, pourrait automatiquement bénéficier de ce statut préférentiel.



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

Lors de l'ouverture du dossier avec le patient, il est demandé depuis combien de temps la personne est en situation de sans abris.

Cette donnée comporte beaucoup d'inconnues mais pour les personnes ayant pu répondre à cette question, les chiffres sont assez parlants :

13 patients étaient en rue depuis moins d'une semaine (4%)
36 l'étaient depuis moins d'un mois (12%)
32 étaient sans abris depuis moins de 3 mois (11%) (>1 mois, <3mois)
26 depuis moins d'un an (8.5%) (entre 3 mois et un an)
60 patients vivaient en rue depuis plus d'un an lors de la prise en charge (20%)

Un cinquième des patients suivis présente donc une situation de sans-abrisme depuis plus d'un an et ce chiffre augmente encore si on compte les personnes vivant en rue depuis moins d'un an mais plus de 3 mois.

Lorsqu'on met ces chiffres en parallèle des difficultés de la vie en rue (fatigue intense, problématiques de santé physiques et psychiques, stress constant, insécurité, conséquences délétères importantes sur l'estime de soi et le bien-être,...), on imagine aisément pourquoi il est primordial que la personne puisse rebondir au plus vite et en quoi ces longues durées de vie en rue sont autant de freins à sa réinsertion.

Les chiffres de l'année 2018 restent globalement similaires à ceux de 2017.



3.1.15 Dernier lieu de vie avant l'arrivée en rue

Depuis quelques années, l'équipe veille à recueillir cette donnée afin de permettre une meilleure vision de l'origine des personnes.

Cet item est intéressant dans le sens où il met en évidence certains points qui mériteraient une réflexion pour une meilleure prévention du sans abris.

Les personnes se retrouvant en rue suite à la perte d'un logement privé sont plus difficilement détectables précocement, de même que celles se retrouvant hébergées chez un ami ou de la famille et étant ainsi souvent « masquées » pendant un temps.

Par contre, pour les personnes se retrouvant en rue après une longue période d'hospitalisation (psychiatrique le plus souvent) ou une incarcération, il pourrait être réellement intéressant de travailler en amont, de manière transversale et inter-disciplinaire, afin de pouvoir trouver des solutions efficaces et précoces.

55 personnes disposaient d'un logement privé, 8 personnes vivaient dans un logement social, 13 en maison d'accueil et 16 étaient hébergées chez un ami ou de la famille.

21 personnes étaient hospitalisées de longue durée (hôpital psychiatrique) et 21 personnes étaient incarcérées, soit un **total de 14% de patients suivis sortant d'hôpital ou de prison et se retrouvant sans-abris.**

Dans les faits, l'équipe est persuadée (de par les informations qu'elle récolte par la suite) que ce pourcentage est beaucoup plus élevé. Dans le grand nombre d'inconnus, se retrouve en effet une proportion non négligeable de personnes qui, pour des raisons évidentes de problèmes psychiatriques, ne peuvent ou ne veulent donner d'indications sur leur dernier lieu de vie. D'autre part, un patient sortant de prison est souvent réticent à en parler dans un premier temps, par crainte du jugement. L'équipe peut donc avancer avec une quasi certitude (bien que non objectivable immédiatement) **que le pourcentage réel de ces patients sortant d'hôpital ou de prison est bien plus conséquent.**

Les chiffres sont en évolution car pour l'année 2017, un patient sur dix (9%) provenait de l'hôpital ou de la prison. Avec un pourcentage certain de 14% (avec une sous évaluation certaine), cette problématique est donc en hausse de 5% au minimum en une seule année !



4. Récolte des données de l'année 2018 relative à l'utilisation du service

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

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

La première catégorie permet de comptabiliser le nombre de fois où les personnes ont été rencontrées au cours du mois. Précisons que par « rencontrées » nous entendons qu'il y a eu **au minimum une prise de contact** (dire bonjour, donner une poignée de main...). Il faut aussi ajouter qu'est comptabilisé ici uniquement le nombre de contacts et non le nombre de personnes différentes (150 contacts ne veulent pas dire qu'il s'agit de 150 personnes différentes à chaque fois). Cette catégorie reprend donc :

- Les contacts réalisés en rue et en institution autre que le Relais santé à l'exception des contacts réalisés en Equipes Mobiles de Rue³ 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 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

³ EMR = Equipe Mobile de Rue : projet coordonné par le RSUN. Il consiste à réaliser le travail de rue en binôme interservices (projet Salamandre – TSP – Travailleurs Sociaux de Proximité – – Relais santé – Comptoir d'échange.



archivés afin de permettre une actualisation optimale de la récolte des données. Ils doivent donc être rouverts à la première prise en charge de l'année. Le nombre de dossiers annuels du Relais santé de Namur correspond donc au nombre de personnes venant physiquement au dispensaire et est fort différent du nombre de contacts total réalisé sur l'année (plusieurs contacts pouvant être réalisés avec une même personne) ainsi que du nombre de personnes différentes rencontrées sur l'année (seul un quart des personnes rencontrées entraîne l'ouverture d'un dossier en venant physiquement au dispensaire).

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

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



substituer au réseau, le Relais santé ne propose des soins d'hygiène que lorsque ces derniers sont directement liés à un soin de santé. Pour les personnes sans besoin de soins, autonomes et ne nécessitant aucune prise en charge infirmière, un relais est réalisé vers Li P'tite Buweye ou les Sauvèrdias (services proposant un accès à des douches à moindre coût).

- L'item relatif aux soins des pieds regroupe tous les soins réalisés en vue de garder ou de restaurer la santé des pieds sans soin de plaie ou de pédicurie médicale, chacun de ces deux items étant repris séparément. Cette distinction est réalisée en vue de pouvoir analyser l'importance de la problématique des pieds (mycoses, plaies, douleurs...) dans le suivi de la santé des personnes en grande précarité. Ce point a été mis en évidence suite à l'analyse des soins réalisés les années précédentes.
- En ce qui concerne la plupart des autres items, il est pertinent d'en préciser trois :
 - 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	Année						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Contacts Personnes rencontrées au Relais Hors permanence	544	526	425	504	509	839	922 ↗
Contacts Personnes rencontrées au Relais en permanence	1057	1065	1132	1457	1338	1701	1899 ↗
Contacts Personnes rencontrées rue hors EMR et institutions	*	378	426	510	400	384	183 ↘

Item	Année						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de contacts réalisés en EMR	961	1139	905	1189	1282	1863	1631 ↘
Nombre de nouveaux dossiers ouverts	152	156	123	153	155	221	177
Nombre de dossiers ré-ouverts	33	55	94	129	132	149	125
Total dossiers ouverts au total pour l'année	185	211	217	282	288	370	304

Item	Année						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de personnes différentes rencontrées	*	883	871	998	1186	1305	1330
Demande Médicale	996	1237	1103	1469	1298	1408	1354
Demande santé mentale	243	222	243	410	293	439	330 ↘
Demande sociale	463	526	403	582	895	1436	1516 ↗
Demande soins d'hygiène	169	112	263	306	317	480	611 ↗
Demande assuétude	23	32	13	59	48	50	42
Pas de demande initiale	1197	3136	2451	3191	3063	3541	3525



Item	Année						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de permanences Relais santé	*	92	95	96	90	90	92
Nombre de passage à la ptite Buweye	10	27	19	17	4	5	0
Nombre de contacts réalisés à Li Ptite Buweye	*	260	146	84	16	40	0
Nombre de permanences au Resto du cœur	*	44	46	40	44	39	47
Nombre de contacts réalisés au Resto du cœur	*	755	704	704	697	716	829 ↗
Nombre de permanence à UMT	*	37	26	31	34	31	37
Nombre de contacts réalisés à UMT	*	522	238	350	351	310	396
Nombre de permanence à l'abri de nuit	*	31	37	35	38	35	40
Nombre de contacts réalisés à l'Abri de nuit	*	536	584	766	888	893	1068
Nombre de passages au Rocher	*	*	30	52	26	13	3
Nombre de contacts réalisés au Rocher	*	*	*	165	84	41	10
Nombre de passage à Li Vi Clotchi	3	2	2	9	6	6	2
Nbre contacts Li Vi Clotchi	*	*	*	23	34	44	8
Nombre de participation aux EMR	84	89	70	77	93	108	112
Nombre de présence en rue hors EMR	*	77	59	71	57	56	40
Nombre entretiens/démarches tel. Avec patients	*	*	*	174	189	341	246 ↘
Nombre de relais vers le Relais santé	318	610	607	955	841	1131	1069 ↘



Item	Année						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Soins d'hygiène Soutien	256	241	398	356	362	385	556 ↗
Soins d'hygiène Aide partielle	23	6	16	5	5	25	13
Soins d'hygiène Aide complète	12	0	6	9	5	19	5
Soins de bouche	7	3	1	0	0	0	0
Bain de pieds	136	160	83	139	159	151	156
Soins des pieds (sans plaie)	167	168	103	106	69	150	113
Education aux soins d'hygiène	14	2	1	7	4	7	4
Soutien famille/proche	8	8	7	13	3	5	2
Soutien professionnels	*	5	6	18	5	4	1
Prise T°C	24	4	6	11	11	10	12
Prise TA, Puls	35	43	9	17	30	68	55
Prise glycémie	1	4	2	5	10	10	0
Dépistage parasitaire	24	13	17	11	8	20	9
Dépistage gale	6	9	15	33	6	15	9
Education à la santé	133	286	162	330	627	1272	1129
Entretien de soutien	1098	1122	1579	2996	4173	5419	5302
Travail compliance au traitement	31	44	20	27	16	30	27
Travail acceptation soins	23	24	21	22	5	8	24
Démarche obtention traitement/ rôle propre	7	11	17	25	31	13	14
Soins lésion dermato sans plaies	31	13	6	6	12	19	8
Pansement simple	136	99	226	237	159	238	288
Retrait de fils	10	9	15	16	7	20	10
Soins autres	*	*	*	*	*	*	8
Pansement complexe	2	29	16	18	7	3	9
Traitement parasitaire	10	7	5	1	1	6	8
Traitement gale	5	19	13	14	4	10	3
Injection : sous cutanée	2	16	11	20	12	9	4
Injection : Intra-musc.	0	0	1	0	1	1	0



Prise de sang	0	0	0	0	0	0	1
Soins des yeux	3	4	0	2	1	0	0
Applic. crème	70	82	44	97	69	93	90
Orientation médicale	164	170	166	214	183	270	235
Relais médical	101	72	51	61	80	88	81
Accomp. médical	21	25	25	15	8	13	3
Aide à la fourniture traitement (hors AMU, bon pharma)	32	34	42	43	59	20	19
Démarche MM et/ou Médecin traitant	26	58	78	90	60	75	45
Collabo Médicale	64	33	36	62	59	77	56
Appel 112	9	9	5	5	2	2	2
Orientation sociale	143	180	171	236	329	414	413
Relais social	144	126	67	115	97	206	140
Accomp. social	25	22	17	26	19	22	14
Mise en ordre mutuelle	11	28	14	13	2	6	3
Démarche bon pharmaceu- tique	12	15	5	9	11	9	2
Démarche bon médical	2	2	4	4	4	5	2
Démarche AMU	27	8	6	30	13	14	0
Démarche carte santé	0	2	2	1	1	3	1
Collabo. sociale	61	42	69	181	148	175	152
Orientation assuétude	15	11	21	47	36	63	51
Relais assuétude	24	11	11	17	19	14	9
Accomp. assuétude	1	2	2	2	1	1	3
Collaboration assuétude	12	4	3	21	13	14	8
Orientation Santé mentale	29	15	5	18	14	20	12
Relais santé mentale	34	16	15	9	8	11	8
Accomp. Santé mentale	15	2	3	4	1	0	0
Collabo. Santé mentale	28	8	13	18	16	11	10
Visite squat	1	2	1	0	0	0	1
Visite domicile	10	12	37	39	53	21	16
Relais EMR	0	11	3	13	8	13	4
Appel police	0	1	0	0	4	1	2
Soins pédicurie	27	25	37	82	127	95	83
Don matériel	321	389	552	656	799	966	1209 ↗



Repos	*	459	833	1119	920	1236	1331 ↗
Visite hôpital	*	12	20	47	8	7	11
Visite lieu de vie	*	17	12	3	8	43	25
Concertation	*	9	7	9	8	12	1
Soins collabo vétérinaire	*	11	32	52	64	67	55
Collabo. SSM	*	*	20	17	16	20	33
Acc. Incontinence	*	*	22	28	1	26	10
Gestion animal	*	*	8	38	53	10	10
Soins fin de vie/ convalescence	*	*	*	9	0	7	2
Soins bien être / esthétique	*	*	*	19	33	84	88
Relais Housing First	*	*	*	39	57	54	40
Activité psycho-sociale	*	*	*	*	*	*	25
Relais/collabo Médecin Monde	*	*	*	*	*	19	20



5. Constats et analyse des chiffres 2018 relatifs à l'utilisation du service

5.1 Nombre de contacts réalisés

Pour cette année 2018, **1300 personnes différentes ont été rencontrées au total**. Il s'agit de la première fois en 8 années de récolte des données que ce chiffre plafonne sans augmenter drastiquement. Il sera donc intéressant de le confronter aux données de l'année 2019 pour voir si ce constat se fige où s'il s'agissait d'un palier momentanément atteint.

Avec ces 1300 personnes, **2821 contacts ont été réalisés au sein du dispensaire** (hors ou pendant les permanences).

1631 contacts ont eu lieu dans le cadre du travail en EMR et 183 contacts ont été dénombrés en rue hors EMR, soit un total de **1814 contacts en rue**.

En ce qui concerne les présences institutionnelles (Abri de nuit, Resto du cœur et Une main tendue), **2293 contacts ont été réalisés**, avec une augmentation de plus de 100 contacts aux Restos du cœur et de près de 200 contacts à l'Abri de nuit sans que le nombre de permanences réalisées ne puisse toujours expliquer cette augmentation.

Au total, l'équipe constate donc que les lieux et modalités de contacts avec les usagers se maintiennent avec une majorité de contacts au sein du dispensaire, suivi d'un nombre de contacts très élevés. L'importance de maintenir ces 3 pôles de travail, et donc de diversifier les possibilités d'accroche, (dispensaire – partenaires- rue) reste donc plus que d'actualité.

5.2 Les permanences au dispensaire de soins

L'équipe du Relais santé reçoit les patients au sein du dispensaire lors de **deux permanences hebdomadaires** (lundi de 09h00 à 11h30 et jeudi de 14h00 à 16h00). Ces moments sont d'une importance capitale car ils permettent à tout un chacun de venir rencontrer les infirmiers pour bénéficier de soins, d'un suivi ou d'un contact **sans prise de rendez-vous**.

Au vu des aléas et des difficultés de la vie en rue et du public cible (imprévu, urgence, difficultés à respecter un horaire, à se repérer dans le temps, problématique d'assuétude et/ou de santé mentale, difficulté d'accès, intempéries et temps variable, absence de téléphone pour prendre rendez-vous,...) il reste primordial de fournir ce service sans rendez-vous et dont l'accueil reste « bas seuil ».

Lors de ces permanences, le règlement est en effet minimal, pour assurer la sécurité de tous mais aussi permettre l'accès au plus grand nombre.



Ainsi, toute personne peut accéder au service à condition que la sécurité et le bien être du groupe ne soient pas mis à mal (pas d'agressivité, de violence ou de comportements réellement dérangeants pour le groupe tels qu'exhibitions,...). Les personnes sous influence (alcool ou drogues) sont également les bienvenues tant qu'elles ne consomment pas au sein des locaux et respectent le règlement visant à la sécurité et au bien être de tous.

De même, afin de ne pas exclure un public souvent mis en difficulté par le règlement dans les services médicaux et hospitaliers conventionnels, les animaux sont également acceptés (hors de la salle de soins).

L'équipe vise à offrir un accueil le plus humain, ouvert et chaleureux possible.

Pour ce faire, plusieurs éléments sont mis en place comme une lumière agréable, de la musique, une grande table conviviale où sont disposés des fruits et divers produits salés et sucrés grâce aux collaborations étroites avec Une main tendue et la Croix rouge de Jambes. Celles-ci ont été mises en place suite au constat que de nombreuses personnes fréquentant les permanences ne se rendaient pas forcément dans les autres services, y compris et surtout les différents restaurants sociaux (pour diverses raisons mais notamment suite à des problèmes psychiques et/ou d'hygiène personnelle).

D'autre part, pour répondre aux mieux à la situation et à la réalité des personnes rencontrées, il est important que les besoins de bases (boire, manger, dormir, être en sécurité) soient rencontrés autant que possible. L'alimentation est donc une base évidente, surtout lorsqu'il s'agit d'accompagner la personne dans la prise en charge de sa santé.

De plus, l'équipe était soucieuse de travailler autant que possible la question d'une alimentation saine avec les patients.

Enfin, l'idée de proposer des fruits, des produits laitiers, de la soupe ou encore du pain lors des permanences est donc née de ces différents constats.



5.3 Les présences institutionnelles

Ces présences, généralement hebdomadaires, chez les différents partenaires, font partie intégrante du travail de l'équipe.

Sans être une finalité, elles permettent de rencontrer les personnes au plus près de leurs besoins et de leur réalité, de détecter précocement des problématiques de santé, de créer puis de maintenir un lien de confiance, d'assurer certains suivis importants mais aussi de rencontrer les partenaires directement dans leurs missions, de soutenir le réseau par la casquette infirmière et d'être au plus proche de la réalité du terrain.

Près d'un tiers des contacts sont réalisés via cette facette du travail. Beaucoup de patients arrivent au dispensaire car ils ont été préalablement rencontrés chez un partenaire ou lors du travail de rue.

« L'accroche » et la mise en confiance commencent donc le plus souvent en extra-muros et cette notion de mobilité est un atout indispensable à la bonne rencontre des objectifs opérationnels de l'équipe.

Les lieux de ces permanences institutionnelles hebdomadaires ont été analysés, objectivés et redéfinis à plusieurs reprises au fil des années.

De par sa petite équipe (3ETP hors Plan Hiver), et face à l'augmentation constante des demandes et des besoins, le Relais santé de Namur a dû faire ce travail de rationalisation dans l'organisation et le choix des présences extérieures chez les partenaires. Ainsi, pour rester efficaces, réalistes et réalisables en fonction des heures d'ouvertures des services mais également ne pas se chevaucher avec les autres services mobiles réalisant des passages chez les partenaires, pour l'année 2018, ont été maintenues et réalisées :

- Une permanence hebdomadaire le lundi matin dès 07h00 au Resto du cœur lors des petits déjeuners proposés gratuitement aux personnes ayant séjournés à l'abri de nuit.
- Une permanence hebdomadaire le mercredi soir à Une main Tendue, restaurant social ouvrant en soirée et proposant un accueil et des repas pour les personnes en attente de se présenter à l'abri de nuit.
- Une permanence hebdomadaire le mercredi soir à l'Abri de Nuit, de 20h30 à 22h00, afin d'y rencontrer les usagers et d'échanger avec les éducateurs (problématiques de santé qu'ils ont observées, relais médicaux, constats en terme de santé globale, vigilance sur l'un ou l'autre usager,...).



5.4 Les soins et actes réalisés et les services proposés au sein du dispensaire

5.4.1 Les soins infirmiers généraux et les démarches médico-sociales

Le type et la nature des soins et démarches proposés au dispensaire sont nombreux. Ils peuvent concerner la santé de la personne dans sa globalité, c'est-à-dire dans sa dimension bio-psycho-sociale. Les collaborations avec le réseau sont donc nombreuses et font appel tant aux partenaires du domaine médical que celui du secteur de la santé mentale ou de l'aide sociale. Ces demandes sont rencontrées à la fois lors des permanences mais également sur rendez-vous, lorsque la prise en charge nécessite un suivi plus intensif, régulier ou personnalisé (soins de plaies ou injections quotidiens, maladie contagieuse, état psychique spécifique,...).

Les soins et actes réalisés sont tous relevés au sein du tableau de récolte des données, se trouvant en pages 29 à 33 de ce rapport. Ayant été répertoriés, pour la plupart, depuis maintenant 8 années, l'évolution observée des demandes et des besoins commence à s'affiner et à pouvoir être validée.

5.4.2 Les services complémentaires proposés au Relais santé

Lors des années précédentes, l'équipe avait relevé quelques besoins non encore rencontrés chez le public du Relais santé et touchant de plus loin la santé globale. Il s'agissait des soins vétérinaires, des prestations de coiffure, besoins de contacts et de lien social, ...

L'équipe a donc travaillé à la mise en place de réponses efficaces à ces différents besoins.

Sans être « parfaits » dans le sens où les prestations sont limitées à une permanence mensuelle en ce qui concerne les soins vétérinaires et la coiffure, ces services sont maintenant totalement opérationnels. Ils sont même actuellement victimes de leur succès dans le sens où des demandes doivent de plus en plus souvent être reportées au mois suivant, faute de pouvoir satisfaire tout le monde de manière efficace et bienveillante dans le temps imparti.

Après quelques essais et remodelage de leur fonctionnalité, le Relais santé propose donc actuellement :

- Une permanence vétérinaire mensuelle, chaque premier mercredi du mois. Elle est assurée par un vétérinaire bénévole. Les consultations sont entièrement gratuites. Seuls les médicaments, vaccins et besoins en matériel sont payables au prix coûtant. Ce service remporte un franc succès, les demandes étant nombreuses. Dans beaucoup de cas, l'accès à cette permanence vétérinaire permet ensuite l'accès à



l'Abri de nuit, dont le règlement demande à ce que l'animal soit en ordre de vaccin et de suivi pour y être accueilli. Il s'agit également d'un excellent moyen « d'accroche » pour aborder la santé et le suivi éventuel des propriétaires venant consulter pour leur animal.

- Une permanence coiffure mensuelle, chaque second mercredi du mois. Elle est assurée par une coiffeuse bénévole. Les prestations sont totalement gratuites. Ce service permet de répondre à un besoin réel, qui permet aux personnes n'ayant que peu de moyens financiers ou qui souffrent de pathologies psychiatriques spécifiques, de prendre soin d'elles, d'améliorer leur image, leur estime d'elles-mêmes, leur hygiène mais aussi de favoriser le bon déroulement de certaines démarches (visite de logement, accès aux soins, droit parental,...).
- Des activités psycho-sociales sont organisées par l'équipe une fois par mois, le 3^{ème} ou 4^{ème} mercredi du mois. Ces ateliers, réalisés avec les patients, peuvent tourner autour de thématiques différentes telles que la cuisine, le bien-être ou encore une activité socioculturelle. Ils sont réalisés selon les saisons, toujours en utilisant au maximum le réseau existant (partenariats, dons, ressources locales,...) mais également en favorisant la réappropriation des gestes de la vie quotidienne, la notion du plaisir de faire certaines choses et de faire des choses pour soi et son bien-être (à l'opposé des démarches et des actions administratives et médicales).

Ces activités ont eu des répercussions positives dépassant de loin les espérances de l'équipe. En effet, pour leur réalisation, les participants mobilisent beaucoup de compétences : hygiène, ponctualité, vie en groupe, estime de soi, confiance en soi, notion de plaisir et de satisfaction, non jugement et respect des différences et du rythme de chacun, produire quelque chose de ses mains, profiter d'une activité de loisir qui ne demande aucune contrepartie autre que les compétences précitées,... Certaines activités comme l'atelier cuisine par exemple, renvoient souvent les participants à « leur vie d'avant », à des souvenirs d'enfance, à des gestes parfois perdus depuis des années,... et doivent être accompagnés mais entraînent généralement des mobilisations très positives par la suite.

Plusieurs fois par an, ces activités sont l'occasion de faire un goûter ou un petit repas avec les patients (Noël,...). Ces repas, pris ensemble, sont au préalable préparés et cuisinés ensemble, toujours dans l'esprit de renouer avec des gestes simples mais heureux du quotidien.

En dehors des ces permanences et services plus extra-médicaux, deux infirmières de l'équipe se sont formées en pédicurie médicale et fournissent régulièrement des soins de pédicurie



aux patients qui, de par leur conditions de vie en rue, la présence fréquente de troubles de santé mentale et l'inaccessibilité financière des prestations, ne pourraient pas bénéficier autrement de ces soins pourtant bien nécessaires.

De plus, les particularités de la vie en rue entraînent souvent des pathologies bien spécifiques au niveau des pieds (mycoses, plaies, « cloches »,...). Ces problématiques nécessitent également d'être traitées de manière spécifique et réfléchi, en cohérence avec les conditions de vie de la personne et demandent souvent l'alliance des deux casquettes : pédicurie et soins infirmiers.

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

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

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

- Formation de deux jours en toucher dans les soins- Janvier – Bruxelles- ACN
- 2 Réunions inter-Relais santé (Mars) à Liège et à Charleroi (Octobre)
- Matinée d'échange et d'information autour de la problématique des Roms – Namur (Mars)
- Matinée d'information autour des produits de substitutions organisée par l'Echange - Namur
- Participation à la matinée organisée par le Réseau Wallon de lutte contre la pauvreté avec échanges et présences des témoins du vécu (Novembre)
- Journée d'actualisation en soins de plaies – Henalux – (Décembre)

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

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

Animation, organisation ou participation active avec intervention :

- Intervention au colloque d'éthique – Université de Namur (Février)
- Réunion et travail actif sur les « arrivées en rue »



- Participation active à l'organisation du Colloque proposé par le RSUN « La fin du sans-abrisme, c'est possible ! » (Septembre)
- Intervention au colloque organisé par le Crésam sur le champ des possibles relatifs à la santé mentale et aux personnes les plus fragilisées (Octobre)
- Participation aux 3 séances de « Boostons nos collaborations »
- Participation active à la journée du PPLI organisée à la Marlagne par le CAI (Novembre)
- Participation à l'assemblée plénière organisée par le Réseau santé Namur (Décembre)

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

Les constats et défis pour l'avenir sont nombreux et cette année 2018 a été l'occasion de beaucoup de changements, de réflexion et de mise en travail.

Une analyse Swot et différentes réunions de travail ont été réalisées afin de se pencher sur ces différents questionnements qui peuvent être regroupés en 5 points :

- 1) Le bien-être au travail et les besoins de l'équipe en terme de formation, de supervision et d'infrastructure

Ce point a été longuement travaillé avec l'ensemble de l'équipe et la présence de la nouvelle personne de confiance et référente en bien-être au travail.

Ce travail, débuté en 2018 mais toujours en cours pour l'année 2019, a permis de faire un retour sur les années précédentes mais aussi sur les différents besoins de l'équipe en terme de soutien, d'évolution, de bien-être, de formation, de reconnaissance et d'organisation. Toute une série d'éléments a déjà pu être mise en place mais la réflexion continue et sera soutenue par une supervision dans le cours de l'année 2019. Dans les perspectives à court ou moyen terme, le changement de locaux est prévu afin de fournir une meilleure capacité d'accueil des patients et de répondre à l'augmentation des besoins.

- 2) L'organisation de l'équipe, le passage à une coordination en binôme

Plusieurs membres de l'équipe, dont la coordinatrice adjointe, ont modifié leur temps de travail. Cela a entraîné réflexion et remaniement des fonctions, des tâches et de l'organisation au quotidien.

Depuis fin 2018, la coordination adjointe du Relais santé est donc répartie sur deux personnes, toutes deux à mi-temps. De plus, actuellement seule une infirmière de l'équipe



est à temps plein, les autres membres de l'équipe étant tous à temps partiel. Cette nouvelle organisation, comportant des éléments favorisant mais aussi ses difficultés, a déjà fait l'objet de deux évaluations et sera encore revue en 2019.

3) L'augmentation du nombre de personnes sortant de prison ou d'hôpital

Ce point a déjà été abordé précédemment (cfr. 3.1.15 dernier lieu de vie avant l'arrivée en rue) mais mérite d'être souligné à nouveau. Il s'agissait déjà d'une préoccupation importante pour l'équipe en 2017 et la problématique, loin d'être solutionnée, semble continuer à prendre de l'ampleur.

Diverses réunions et interpellations ont déjà eu lieu mais ce point restera une priorité à travailler pour l'année 2019.

4) Les besoins non ou insuffisamment rencontrés

Certains besoins rencontrés sur le terrain restent toujours peu ou pas solutionnés. C'est le cas des soins dentaires qui, dans la majorité des cas, ne trouvent pas de réponse lorsque la personne n'est pas en ordre de mutuelle ou non couverte par l'AMU.

Les frais demandés (hors ticket modérateur) sont souvent trop conséquents pour être accessibles aux usagers, malgré les collaborations avec les maisons médicales et les centres dentaires des différentes mutualités.

Un autre point fréquemment souligné est l'absence d'accès à un service d'urgence psychiatrique ainsi que l'absence d'alternatives de soins ou de prise en charge urgente lorsque l'équipe fait face à l'accompagnement d'une personne en crise psychique.

Les possibilités d'accès aux soins et suivis en santé mentale restent difficiles et insuffisants en ce qui concerne le public sans domicile et en situation de crise psychique.

5) La question de l'accueil de jour et des lits haltes santé

Un accueil de jour vient, fin 2018, d'être mis en place par une association du Namurois. Ce lieu d'accueil venant d'ouvrir, l'équipe n'a pas encore de retours réels mais ce nouveau service, nous l'espérons, permettra de remplir un besoin important qui, jusqu'alors, n'avait encore pu être rencontré.

Il nous manque aussi actuellement, sur le réseau de Namur, un lieu d'accueil et de repos en résidentiel court terme pour les personnes sans abri et momentanément en situation de fragilité médicale aigüe ne nécessitant pourtant pas une hospitalisation : plâtre,



fièvre, fragilité psychique intense momentanée,... La présence d'une structure de repos transitoire permettant l'accueil et le repos 24h/24h de manière ponctuelle dans des situations spécifiques permettrait une convalescence plus rapide et efficace, un meilleur bien-être, moins de stress et surtout un meilleur rétablissement de la personne.

En cas de suivis de soins infirmiers (pansement, injection,...) et avec une personne ne pouvant momentanément pas ou peu se déplacer, l'existence d'une telle structure permettrait de donner un lieu de rendez vous fixe et adapté à la personne.



6. Evaluation de l'atteinte des objectifs 2018

Objectif général 1 : Assurer les premiers soins aux personnes en grande précarité		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
1a : Assurer la réalisation des permanences infirmières prévues au sein du dispensaire	1a : permanences prévues au dispensaire assurées à 95% quand l'équipe est au complet	OUI - 92 permanences ont été réalisées sur 97 soit 95% de maintien des permanences et ce, malgré les absences vécues au sein l'équipe cette année.
1b : Réaliser le suivi de soins individuel sur rendez vous hors permanences	1b : INFO : Nombre de suivis de soins réalisés hors permanences	OUI - 922 suivis individuels ont été réalisés hors permanence au dispensaire (soit une augmentation de presque 100 suivis en un an)

Objectif général 2 : Veiller à la création et au maintien du lien avec le public cible		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
2a : Pratiquer l'outreaching	2a : participation aux EMR prévues à raison de 80% minimum	OUI – 112 participations aux EMR et aux gardes durant les plans saisonniers. Soit une moyenne de 2 Travail de rue hebdomadaire tels que prévu (en tenant compte des jours fériés et des indisponibilités pour réunion)
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]	OUI - 37 permanences ont été réalisées à Une main tendue 40 permanences réalisées à l'Abri de nuit 47 permanences réalisées aux Resto du cœur. Soit une augmentation d'au moins 5 permanences par service – 90% de participation
2c. Etre vigilant aux endroits fréquentés par le public-cible	2c. visite de lieux pour évaluer la pertinence d'un passage potentiel, être à l'écoute des usagers, des professionnels et des citoyens concernant ces lieux.	OUI - passage épisodique dans les lieux de vie des personnes lorsque ces dernières ne se rendent pas dans les services ou lors de situation spécifique (santé, plan saisonniers,...). 25 « visites lieux de vie » (à la demande des personnes qui y vivent ou suite à une



		interpellation citoyenne)
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 entre les patients]	OUI – Les permanences ont lieu tous les lundis matin et les jeudis après-midi, sauf jours fériés ou circonstances exceptionnelles. - 92 permanences ont été réalisées pour cette année 2018 - 5302 entretiens de soutien - 30% de patients venus spontanément au dispensaire sur base du bouche-à-oreilles et des conseils d'autres usagers.

Objectif général 3 : Prendre en charge les besoins fondamentaux ⁴ de la personne		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
3a. Ecouter et analyser la demande	3a. prendre en compte la santé globale dans ses dimensions - Physique - Mentale - Santé sociale	OUI – l'équipe apporte une attention particulière à réaliser une prise en charge selon une vision globale de la santé (vision bio-psycho-sociale).
3b. Mettre en évidence les besoins prioritaires	3b. Méthodologie interne	PARTIELLEMENT – certains constats et besoins émergent mais l'équipe a besoin de temps et d'outils pour revoir sa méthodologie interne et la manière de faire face aux évolutions du public et de ses besoins. Une supervision sera prévue dans ce sens en 2019
3c. Relayer au réseau en fonction des besoins identifiés	3c. Nombre de relais	OUI – Cfr nombres de différents relais (tableau)
3d. Relayer les besoins non-couverts au RSUN ou aux autres partenaires	3d. Relais réalisé	OUI – cfr interpellations régulières auprès du RSUN + participations à différents groupes de travail, journée et colloques autour des besoins

⁴ 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.



		spécifiques rencontrés. Travail en réseau et en partenariat.
Objectif général 4 : Etre vigilant à la santé mentale du public-cible		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
4a. Connaître le réseau existant en matière de santé mentale sur le Namurois	4a. Connaissance du réseau et rencontre d'éventuels nouveaux services.	OUI Rencontre avec le service de mise en observation de l'HNP Saint martin (Septembre)
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	OUI – 12 orientations, 8 relais santé mentale et 10 collaborations ont pu avoir lieu ainsi que les 5302 entretiens de soutiens parmi lesquels beaucoup de réponses à des demandes plus informelles en matière de santé mentale. A cela s'ajoutent 33 collaborations directes avec le SSM Reine Astrid lors des permanences en duo entre les services (nette augmentation). Seulement deux permanences prévues avec le SSM ont dû être annulées en raison de l'indisponibilité de chacun des deux services. L'équipe du Relais santé tente également de répondre au mieux aux besoins du public et des partenaires en participant aussi activement que possible aux journées organisées. Le souhait de faire partie active des différents groupes de travail reste présent mais n'a pu, faute de temps et de moyens humains, être développé cette année.

Objectif général 5 : Connaître / collaborer / Orienter vers le réseau existant		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
5a. Connaître et orienter vers le réseau en matière de santé physique et assuétudes	5a. Relais / Collaborations / orientations vers les services de santé 5a : Répertoire interne disponible et mis à jour	OUI – Rencontre avec la nouvelle Maison Médicale La poudrière, (mars) Deux réunions avec l'équipe de Médecins du Monde (Mai et Juillet)



		Le répertoire a été mis à jour fin 2018. 235 orientations médicales ont été réalisées, 81 relais et 3 accompagnements, ainsi que 45 démarches avec un médecin traitant ou une maison médicale et 56 collaborations médicales.
5b. Connaître et orienter vers le réseau existant en matière d'action sociale	5b. Relais vers /Collaborations / Orientations avec les services du secteur de l'action sociale 5a : Répertoire disponible et mis à jour de toutes les institutions existantes sur le Namurois	OUI – Rencontre avec Planning familial de LLN (février) 3 visites des assistantes sociales de l'aide individuelle dans nos locaux avec explications et échanges (mai – juin) Répertoire mis à jour fin 2018 Pour cette année, 413 orientations sociales, 140 relais, 14 accompagnements sociaux et 152 collaborations sociales ont été réalisées.
5c : Dès que possible, viser l'affiliation du patient à un médecin traitant	5c: 50% des patients suivis au Relais Santé seront affiliés à un médecin traitant et/ou une maison médicale.	Partiellement – L'équipe continue à viser un nombre d'affiliation maximal afin de permettre au plus grand nombre de personnes suivies de bénéficier d'un accès à leurs droits fondamentaux, de faciliter l'accès aux soins et d'instaurer une relation de confiance et un suivi de qualité avec un médecin traitant. Dans les faits, ce chiffre de 50% n'est toujours pas atteint, avec 36% des patients affiliés. L'équipe tient à maintenir ce critère d'atteinte de l'objectif volontairement élevé pour garder en tête cette priorité.

Objectif général 6: Favoriser / Rétablir l'accès du public-cible à ses droits		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
6a : Connaître la base du droit social et le réseau existant en matière d'aide juridique ou sociale	6b : INFO : actualisation des connaissances et mises à jour régulières des procédures	OUI- 3 réunions inter-services au sujet de l'Aide Médicale Urgente
6b : Collaboration avec les	6b : rencontre des services	OUI –



juristes de la ville de Namur, du CPAS de Namur et des différents avocats et juristes pro deo exerçant au sein du réseau	en cas de nécessité	
--	---------------------	--

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 subsidiant, grand public).		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
7a : Réaliser systématiquement une récolte des données rigoureuse et opérationnelle.	7a : Réalisation et comptabilisation de la récolte des données au terme de chaque mois. 7a. Actualisation des items en fonction de la réalité de terrain. Pour 2018, seront ajoutés les items suivants : - provenance de la personne (prison, MR, MA, etc.) - durée du séjour en rue	OUI – la récolte des données est effectuée quotidiennement. Cfr. Rapports d'activités. Chaque année, les items collectés sont revus afin de pouvoir collecter au mieux les informations reçues ainsi que les évolutions des besoins et des actions réalisées.
7b : Rédiger un rapport d'activité annuel reprenant les chiffres importants ainsi que les constats relevés.	7b : Réalisation rapport d'activité	OUI – 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.	OUI - cfr. Liste des formations/sensibilisations/ Colloques auxquels a participé l'équipe en 2018 (pages 39 et 40 de ce rapport)
7d : Accueillir des stagiaires infirmiers pour les sensibiliser à la prise en charge des personnes en grande précarité. Favoriser les étudiants en cours de spécialisation et les stages de plus longues durées.	7d : Maximum 5 étudiants infirmiers et 1 stage d'observation dans le cadre d'un travail de fin d'études portant sur les problématiques liées au sans-abrisme.	Oui - 5 étudiants infirmiers ont été accueillis pour l'année 2018, dont 2 étudiants de dernière année et 2 étudiants de spécialisation santé mentale et santé communautaire. Ces accueils ont été très profitables pour les étudiants comme pour l'équipe. L'accueil d'élèves de dernière année ou de spécialisation a été particulièrement intéressant pour l'équipe et les patients. Dans ce cadre, les modalités dans le choix des étudiants vont être précisées en ce début d'année pour reformaliser l'accueil des



		stagiaires à partir de septembre 2019.
7e : Diffuser un folder spécifique au Relais santé, à destination des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation du folder - soumission aux patients pour voir s'il est adapté - Distribution 	<p>NON –</p> <p>Un folder plus large à destination des personnes en rue ou en grande précarité à été remanié et actualisé par le Relais Social, en collaboration avec le Relais santé. Par contre, le folder du Relais santé n'a pas été réactualisé. L'équipe doit se pencher sur la question pour ré-évaluer la pertinence de faire un document spécifique à destination des patients. Le document à destination des partenaires et du grand public est lui, disponible.</p>

Objectif général 8 : Assurer le bien-être et la sécurité de l'équipe, ainsi que la pérennité du service.		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
8a : Organiser une réunion bimensuelle entre les membres de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser un moment de réunion - 85% des réunions prévues sont réalisées 	<p>PARTIELLEMENT – En cours d'année, le constat à été dressé du manque de temps de réunion ressenti par l'équipe en fonction de ses besoins. D'une par en raison de l'absence pour maladie de la coordinatrice adjointe. D'autre part, le souhait initial d'organiser un moment de réunion toutes les deux semaines a été revu, ces temps étant insuffisant pour répondre aux besoins de l'équipe en terme de communication, de bien-être et d'ajustement.</p> <p>Les réunions ont donc été remises en haut des priorités et placées, autant que possible, de manière hebdomadaire.</p>
8b : Organiser des réunions d'intervision avec le médecin référent du Relais santé	<p>8b : Une réunion 1 x/6 semaines) au minimum est réalisée (soit 7 réunions sur l'année) à l'exception des périodes de vacances.</p> <p>8b. Réserver 1 réunion sur 2 au Relais santé (sans le Relais santé Basse-Sambre)</p>	<p>NON. Seules 3 réunion ont pu avoir lieu sur les 7 escomptées avec le Docteur Fox (Avril – Septembre-Décembre) en raison de la grosse charge de travail quotidienne et des diverses autres obligations. Ce point</p>



		est donc à remettre en priorité pour l'année 2019.
8c : Maintenir et organiser des réunions de supervision extérieure	8c : Réunions de supervision en fonction des besoins	NON- Faute de moyen, cet objectif n'a pas pu être rencontré en 2018. Il fera donc l'objet d'une attention prioritaire pour l'année 2019.
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)	PARTIELLEMENT – Pour répondre à ce besoin prioritaire, un travail en profondeur à été entamé par la nouvelle référente en bien-être et sécurité au travail nommée par le Relais Social. Ce travail a donc pu débuter vers le milieu de l'année et se poursuit actuellement, avec pour objectif la mise en place d'actions opérationnelles et efficaces pour l'année 2019.

Objectif général 9 : Se former pour actualiser ses connaissances		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
8a : Favoriser la formation continue de l'équipe infirmière ▪ aux différentes problématiques de santé physique rencontrées chez les personnes en grande précarité ▪ en matière de réalisation de soins.	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	OUI – Cfr formations suivies par les différents membres de l'équipe (page 39 et 40). En ce qui concerne le passage des informations, celui-ci se réalise lors des réunions d'équipe mais pourrait bénéficier d'une procédure plus formelle.
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	Oui – Cfr formations suivies par les différents membres de l'équipe (pages 39 et 40).



7. Conclusion

Cette année 2018 fut riche en travail et en apprentissages.

L'équipe, malgré des modifications dans son organisation et les temps de travail respectifs garde une belle stabilité, augmentant ainsi d'année en année son professionnalisme et ses connaissances spécifiques des différentes problématiques rencontrées.

Pour la première fois depuis la création du service, un palier est atteint en ce qui concerne l'augmentation du nombre de personnes différentes suivies ainsi que des demandes rencontrées. Il s'agit en effet de la première année où les chiffres se stabilisent, sans montrer de réelle augmentation. Ce constat sera donc réétudié l'année prochaine afin de voir si ce palier est quelque chose d'objectivable ou une stabilisation ponctuelle.

Au-delà des chiffres et du nombre de personnes suivies, le profil des personnes tend à s'affiner également, allant de plus en plus vers des patients ne fréquentant pas beaucoup les autres services, souffrant très fréquemment de pathologies psychiatriques et vivant souvent en rue, squat ou structure provisoire.

La proportion d'homme et de femme, ainsi que de jeunes, semble également, après plusieurs années de relevés des données, être stable proportionnellement à l'augmentation du nombre de personnes au total.

L'équipe a pu, grâce à la mise en place d'une personne de confiance, travailler aux différents éléments liés au bien-être au travail. Différents éléments organisationnels, ainsi que les besoins en termes de locaux, de formation, de supervision et d'Intervision ont été travaillés.

Une analyse SWOT a également été réalisée afin de mieux cerner les différentes forces, ressources mais aussi faiblesses et risques inhérents au travail de l'équipe. Le besoin de formation et de suivi de l'équipe a été mis en avant et va être rencontré en 2019. Une Intervision avec un service de santé mentale sera mise en place et un projet de supervision sera également formalisé.

La collaboration active avec certains services a également été revue et améliorée, en vue de travailler toujours plus étroitement en réseau et de fournir aux personnes rencontrées les meilleures réponses possibles, toujours plus adaptées à la spécificité de chaque situation. C'est le cas tout particulièrement du service Housing first de Namur ou encore celui du service de stabilisation de la maison d'accueil Les 3 portes.

Enfin, certaines problématiques rencontrées depuis plusieurs années notamment par rapport à la santé mentale et aux sorties de prison sont maintenant bien confirmées et l'équipe peut



valider leur augmentation. Ces constats font déjà l'objet d'interpellation et de travail en collaboration avec le réseau et seront un point de vigilance particulier pour cette nouvelle année 2019.

