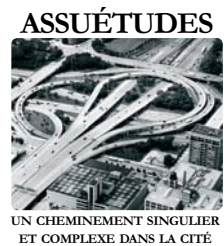


# Le lien et le respect des valeurs comme outils de travail : l'expérience des équipes mobiles du SAMU social de Bruxelles



.....

*Les équipes mobiles du Service d'aide médicale urgente (SAMU social) vont vers les sans-abri. Au fil du temps, elles ont appris à les aborder tout en respectant leurs choix. Leur constat est sans appel : aujourd'hui et demain sans doute, davantage de personnes se retrouveront à la rue. Ces équipes mobiles ne « ciblent » pas particulièrement les usagers de drogues, mais elles sont aptes à apporter de l'aide sous les aspects de la prévention et de la réduction des risques mais aussi en termes de soutien thérapeutique.*

.....

## Quelques éléments généraux

Le SAMU est une organisation internationale qui existe depuis une quarantaine d'année.

En Belgique, le SAMU est en place depuis une douzaine d'année. Le public cible est constitué de personnes qui « vivent à la rue ». Ce public cible compte de plus en plus de « sans papiers » et de « demandeurs d'asile ».

Le SAMU a pour caractéristique première d'être un gros centre d'hébergement d'urgence. Il peut accueillir jusqu'à 700 personnes. Les spécificités principales de l'hébergement sont la séparation des hommes et des femmes, la possibilité d'hébergement en couple ou en famille.

Le SAMU offre comme service la possibilité de se loger, de manger, de rencontrer des professionnels (assistant social, éducateurs, infirmier, médecin, psychiatre, psychologue).

Le travail que développe le SAMU par rapport à son public cible est interdisciplinaire.

Le SAMU est ouvert 7jours/7, 24h/24. Il se définit par une certaine immédiateté de la réponse.

Pour les aspects médicaux, le SAMU travail avec Médecins du Monde (ONG qui offre ses services bénévolement).

Le seuil d'accès à cette structure est, bien entendu, bas.

## Les équipes mobiles au SAMU

Les équipes mobiles font de l'*outreaching* : elles vont vers les « sans-abri ». Elles sont effectives 14h/jour, 7jours/7 et se répartissent sur tout Bruxelles et ses environs. Ces équipes circulent entre 16h et 6h. Il y a en tout sept équipes. Les équipes rencontrent en moyenne 14.000 personnes en rue par an et effectuent en moyenne 2.500 prestations médicales par an.

L'équipe de base est constituée d'un chauffeur et d'un assistant social. Peuvent s'ajouter à cette équipe de base, un médecin, un infirmier, un psychologue ou un psychiatre.

Le rôle de ces équipes mobiles est de rencontrer et d'entrer en lien avec la personne à la rue. Elles peuvent également poser un premier

*David Timm,  
responsable  
d'équipes mobiles  
du SAMU social de  
Bruxelles.*

*Synthèse effectuée  
par Naoual  
Boumedian.*

Mots clés : drogue, précarité, travail social, accès aux soins.

diagnostic provisoire permettant parfois une réorientation immédiate.

Les missions de ces équipes mobiles se déclinent autour de l'observation de ce qui se passe en rue. Elles sont à même d'être rapidement au courant des nouveaux produits qui circulent. En cela, elles sont un pôle d'information sur la toxicomanie.

En ce qui concerne la méthode de travail, celle-ci se caractérise par le fait que c'est l'équipe qui va vers les gens. Les équipes ont plusieurs manières de fonctionner : elles peuvent se rendre sur place parce qu'une institution, la police, un particulier, etc. ont fait appel au SAMU. Du fait que les équipes mobiles déploient un travail d'observation et de relations avec les « sans-abri », elles connaissent les « habitudes » de ceux-ci et peuvent indiquer aux équipes de nuit les points où elles doivent porter particulièrement leur attention.

---

### La philosophie de travail de ces équipes

En 12 ans, le SAMU social a évolué et peaufiné sa manière d'aborder la rue. « Jouer les sauveurs, les grands frères, jouer le plus haut, le plus bas », toutes ces manières de faire n'ont pas été concluantes.

L'expérience a mis en évidence que l'approche « transversale » de l'autre qui est à la rue est probablement la meilleure. Cette approche se caractérise par un travail minutieux au niveau de la « proxémique » : le langage corporel et vocal, l'observation, le positionnement dans l'espace sont autant de paramètres qui permettent d'entrer en contact. La possibilité de développer un lien avec cet autre devient alors possible.

Les équipes se présentent dans une relation de « personne à personne » informant de ce qui existe (il y a dans la camionnette des équipes mobiles des couvertures, à manger, à boire, des médicaments, etc.).

Le respect de la temporalité des personnes vivant à la rue tout comme le respect de leurs désirs font partie de la philosophie de ces équipes.

---

### En ce qui concerne la toxicomanie

Les équipes mobiles ne déploient pas une manière de faire particulière pour ce public cible. La personne est considérée dans son ensemble et non uniquement sous l'angle de la toxicomanie. Le travail est mené du point de vue de la personne dans sa globalité.

Il est à pointer à ce sujet que le SAMU social a un système informatique « à l'interne » permettant à chacun des intervenants (peu importe sa spécificité professionnelle) d'avoir accès à un ensemble de données concernant un usager de ses services.

Les équipes mobiles rencontrent la toxicomanie sous les trois aspects de la *prévention* (dès qu'une personne arrive à la rue, les équipes mobiles avertissent des dangers qui s'y trouvent), de la *réduction des risques* (ces équipes peuvent procéder aux échanges de seringues, à la récolte de seringues, etc., le dialogue est ici, une fois encore, central) et, enfin, du *thérapeutique* (chez les personnes hébergées, il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui désirent passer par un traitement de substitution par exemple).

Le travail en réseau est ici essentiel car il permet de réorienter (vers le Lama, la Maison d'accueil socio-sanitaire, Transit, etc.).

Si ce travail en réseau se déploie, il apparaît que le personnel du SAMU social reste un référent avant la prise en charge comme pendant ou après car il n'est pas rare que ces personnes se retrouvent, après un certain temps, à nouveau à la rue.

---

### Conclusion

Il est mis en avant qu'il y a des « nouveaux profils » qui se retrouvent à la rue (les « demandeurs d'asile », les « sans papiers ») mais aussi des individus qui ont connu un « accident de parcours ». Ceux-ci peuvent avoir un toit mais ils préfèrent le fuir (les femmes victimes de violence conjugale par exemple). Le profil du « sans-abri » semble avoir changé. Il est mis en évidence par rapport à cette

problématique que l'ensemble des structures d'accueil étant saturées à Bruxelles, le SAMU accueille tous types de profil.

Concernant la réforme de la psychiatrie et le développement des projets '107', il est souligné que la fermeture des lits d'hôpitaux va avoir un impact sur le nombre de personnes à la rue. Il est également souligné qu'il est parfois difficile de mobiliser les hôpitaux, particulièrement leurs ambulances, quand il s'agit d'une personne qui vit à la rue (profil problématique notamment sur le plan administratif). Pour cette raison, le SAMU a augmenté son pool de médecins et a développé des contacts avec Médecins du Monde.

La police (fédérale et locale) a mis en place des initiatives comme la création d'une cellule « sans-abri » (plus sensibilisée à la problématique du « sans-abrisme »).

En ce qui concerne le travail en réseau, il est souligné que c'est la relation de personne à personne qui fait le plus souvent le réseau. ●

