

Rencontrez Charlot Laforce

Mieux prendre soin des personnes en situation de pauvreté. Un outil pour faciliter la communication avec elles et mieux reconnaître leurs besoins.

Par **Sophie Dupéré**, Ph.D., **Robin Couture**, B.A., et **Michel O'Neill**, Ph.D.

Soigner des personnes en situation de pauvreté représente un défi pour tous les professionnels de la santé. Les infirmières n'échappent pas à cette réalité. La complexité des problèmes auxquels ces personnes font face peut être déstabilisante. Les infirmières se sentent souvent perplexes, frustrées, dépassées, impuissantes et peu outillées pour y réagir adéquatement. Pourtant, leur rôle est stratégique et peut avoir un impact déterminant dans la vie de ces personnes. Pour pouvoir jouer ce rôle, il faut avant tout que les infirmières parviennent à établir une relation avec elles.

Qui est Charlot ?

Les travaux cherchant à savoir ce que les personnes vivant la pauvreté pensent de leur situation et sur des manières de s'en



© Savannah1969 / Dreamstime.com

ENCADRÉ 1

Objectif et méthodologie

L'objectif : Les liens entre pauvreté et précarité de l'état de santé ont été démontrés depuis longtemps. Et pourtant, rares sont les travaux qui se préoccupent de savoir ce que les premiers intéressés pensent de leur situation et des manières de s'en sortir. Ce projet (Dupéré, 2011) voulait combler en partie cette lacune en s'appuyant sur une stratégie de recherche participative et qualitative, combinant à la fois l'approche de la théorisation ancrée interprétative (Charmaz, 2006) et celle des parcours de vie (Bertaux, 2005).

La méthode : Pour y parvenir, plusieurs méthodes de collecte de données ont été utilisées :

- plus de 80 jours d'observation participante dans un centre communautaire d'Hochelaga-Maisonneuve, un des quartiers les plus défavorisés de Montréal ;
- la création et la rédaction d'un journal de bord ;
- vingt-deux entrevues individuelles semi-dirigées menées auprès d'usagers du centre ;
- six groupes de discussion sur des résultats préliminaires de la recherche.

sortir sont rares. Dans ce contexte, Charlot Laforce vaut la peine d'être connu. Ce personnage s'inspire d'un outil d'éducation populaire qui a fait ses preuves en contexte d'insécurité alimentaire (Rheault, 2000) et d'inégalités socioéconomiques (CQSP, 2010). Il a été utilisé à Montréal auprès d'hommes en situation d'extrême pauvreté et a notamment servi à valider les résultats d'une recherche doctorale (Dupéré, 2011 ; Dupéré *et al.*, 2011) qui portait, entre autres, sur la perception qu'ont ces hommes des ressources sociosanitaires auxquelles ils peuvent avoir recours et des professionnels qui y travaillent.

Son entrée en scène

Charlot Laforce est entré en scène après un essai, plus ou moins fructueux, de mener une discussion avec un groupe de ces hommes à partir d'un diaporama (*PowerPoint*) présentant les résultats préliminaires de la recherche, résultats fondés sur des propos recueillis lors d'entrevues individuelles. La fois suivante, le recours à Charlot, une stratégie de présentation plus simple et plus imagée, visait à la fois à faciliter l'identification des hommes aux propos recueillis ainsi qu'à leur permettre une distanciation favorisant leur prise de parole.

FIGURE 1

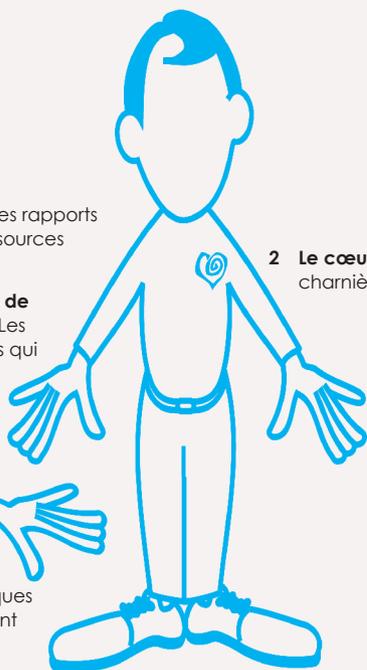
Charlot Laforce

1 **La tête.** Les éléments majeurs qu'il identifie dans la société influençant sa condition

Les mains. Ses rapports avec les ressources d'aide

3 **Le revers de la main.** Les pratiques qui nuisent

4 **La main tendue.** Les pratiques qui l'aident



2 **Le cœur.** Les moments charnières de sa vie

5 **Les pieds.** Ses recommandations pour avancer

- leur refus ou leur incapacité de demander de l'aide, et ce, même quand ils ne se sentent pas bien (enjeu approfondi dans Dupéré et al., 2012) ;
- leur méconnaissance des lieux où aller demander de l'aide ;
- les difficultés d'accès géographique ou culturel de ces lieux ;
- de mauvaises expériences passées avec des professionnels de la santé ;
- une perception d'inadéquation entre les services offerts et leurs besoins.

Premier message : Lorsque les hommes se sentent trop souvent rejetés, incompris, jugés, stigmatisés et dévalorisés, ils hésitent à faire appel aux ressources à leur disposition, allant même jusqu'à s'en détourner.

La main tendue : des pratiques qui aident

En contrepartie, des hommes ont affirmé qu'ils ont bénéficié de pratiques aidantes de la part des services et des professionnels y travaillant ; des « petits coups de pouce » ou des « grands tremplins » pour reprendre leurs paroles. Ces pratiques se caractérisent notamment par une prise en charge globale de toutes les dimensions de la personne, un humanisme réconfortant, une absence de jugement et de discrimination, du respect et la possibilité pour eux de s'engager dans une recherche de solutions, de développer leurs capacités et leur pouvoir d'agir.

Deuxième message : Ce sont ces types de pratiques, en particulier celles où les hommes se sentent partie prenante de la démarche et sont ainsi valorisés, qui les aident le plus. Elles leur permettent de mieux comprendre leurs propres besoins, leurs problèmes et ce qui les cause, ainsi que d'identifier l'ensemble des ressources à leur disposition, y compris les leurs.

Apprendre à le connaître

Charlot Laforce montre la pertinence et la force des outils d'éducation populaire lorsque vient le temps de travailler avec des personnes vivant en situation de pauvreté. Ces outils, qui utilisent généralement les images et la pensée associative plutôt qu'un langage normatif basé sur la science et les données probantes, favorisent la participation et permettent d'obtenir des points de vue impossibles à recueillir autrement. Malheureusement, ces techniques sont encore peu connues des infirmières. Elles auraient intérêt à se les approprier, ou encore à collaborer avec des experts du milieu communautaire qui les maîtrisent.

Dans le contexte de cette recherche, l'utilisation de Charlot Laforce a permis d'obtenir des réactions précieuses sur les réalités et les perceptions d'hommes qui vivent dans la pauvreté et de mieux en connaître les conséquences sur leur santé. Elle a aussi permis à ces hommes de proposer des avenues qui pourront orienter la pratique infirmière. D'ailleurs, n'est-il pas fascinant de constater que les pistes d'interventions formulées par ces hommes rejoignent et enrichissent les recommandations provenant de la littérature scientifique et professionnelle ? (Dupéré et al., 2010).

Les propos obtenus ont été attribués au personnage de Charlot et associés à diverses parties de son corps :

- la tête pour les éléments majeurs qu'ils reconnaissaient dans la société comme influençant leur condition ;
- le cœur pour les moments charnières de leur vie ;
- une main pour les rapports difficiles avec les ressources et leurs façons de faire mal adaptées ou nuisibles ;
- une main tendue pour les pratiques qui aident ;
- et les pieds représentant leurs recommandations pour avancer.

L'utilisation de cette méthode a suscité chez les participants des réactions beaucoup plus nombreuses et nettement plus pertinentes que lors de la première présentation Power Point.

Ce qu'il avait à dire

Charlot Laforce a été très bavard. Il est impossible de rapporter ici tous ses propos (Dupéré, 2011). Deux de ses messages – provenant donc de ce groupe d'hommes vivant dans la pauvreté – peuvent être immédiatement utiles aux infirmières. Ils portent sur les pratiques qui nuisent et sur celles qui aident.

Du revers de la main : des pratiques qui nuisent

Plusieurs hommes interrogés ont indiqué qu'ils ont des rapports difficiles avec les services de santé pour cinq types de raisons :

Des ressources du milieu communautaire contre la pauvreté

Il existe au Québec plusieurs organisations engagées pour combattre la pauvreté et les inégalités sociales. Elles mettent de nombreuses ressources et outils à la disposition du public et des professionnels, dont les infirmières.

- Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine (CDEACF) : Offre de la documentation et des services aux personnes et aux groupes œuvrant en alphabétisation, en formation et en éducation des adultes de même qu'en condition féminine. www.cdeacf.ca
- Collectif pour un Québec sans pauvreté : Regroupement d'organisations nationales et de collectifs régionaux qui agit AVEC les personnes en situation de pauvreté en vue de jeter les bases permanentes d'un Québec sans pauvreté, égalitaire et riche de tout son monde. www.pauvrete.qc.ca
- L'R des centres de femmes : Réseau de centres de femmes. Travaille à l'amélioration des conditions de vie des femmes. www.rcentres.qc.ca
- Mouvement d'éducation populaire et d'action communautaire du Québec (MÉPACQ) : Travaille à la transformation sociale dans une perspective de justice sociale. Comprend onze tables régionales en éducation populaire autonome qui regroupent 333 groupes populaires et communautaires autonomes. www.mepacq.qc.ca
- Sans/100 détours pour changer le monde. Campagne de promotion des pratiques d'éducation populaire autonome. Répertoire d'outils d'éducation populaire. www.100detours.org
- Collectif VAATAVEC. L'AVEC, pour faire ensemble. Un guide de pratiques, de réflexions et d'outils.

En effet, parmi les orientations visant à guider les infirmières dans leurs pratiques avec des personnes en situation de pauvreté, il y a :

- l'adoption d'une perspective de trajectoire de vie dans les soins ;
- une approche humaniste (valeurs de respect, de dignité, etc.) ;
- l'importance du rôle de plaidoyer de l'infirmière pour lutter contre les iniquités, les préjugés et les discriminations dans les soins ;
- la mise en œuvre d'interventions individuelles qui tiennent compte du contexte de vie des personnes soignées (obstacles structurels) et qui visent le développement de leur pouvoir d'agir (*empowerment*), notamment pour influencer les politiques publiques ;
- une préférence pour les approches de prise en charge globale et à long terme ;
- l'emploi de stratégies de prévention et de promotion de la santé qui visent aussi l'environnement dans lequel les personnes vivent.

Bref, apprendre à connaître Charlot Laforce et d'autres approches d'éducation populaire, c'est permettre aux infirmières de découvrir un coffre à outils qui peut leur être utile, voire quasi indispensable, dans leurs interventions auprès de personnes en situation de pauvreté. C'est aussi reconnaître que ces personnes ne manquent ni d'idées, ni d'opinions pour améliorer un système de santé qui, en théorie, doit servir et protéger l'ensemble de la population. Et, au final, c'est apprendre à mieux prendre soin de ces personnes.

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement les hommes qui ont participé à ce projet pour leur grande générosité ainsi que le centre communautaire qu'ils représentent pour son soutien indéfectible. Nous remercions également Maria De Koninck et Linda Lepage pour leurs précieux commentaires, ainsi que le Fonds de recherche du Québec – Santé et la Fondation Lucie et André Chagnon pour leur soutien financier. ■

Les auteurs



Sophie Dupéré est professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.



Robin Couture travaille dans les milieux communautaires depuis de nombreuses années. Ancien porte-parole du Collectif pour un Québec sans pauvreté, il travaille maintenant au Projet L.U.N.E.



Michel O'Neill est professeur émérite à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Bibliographie

- Adam, G., M. Côté, É. Dufour, A. Dumas, S. Dupéré, J. Gagnon et al. L'AVEC, pour faire ensemble. Un guide de pratiques, de réflexions et d'outils, Québec, Collectif VAATAVEC, mars 2014, 80 p. [En ligne : www.pauvrete.qc.ca/IMG/pdf/Guide_VAATAVEC.pdf]
- Bertaux, D. Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes (2^e éd.), Paris, Armand Colin, 2005, 128 p.
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CÉPE). Prendre la mesure de la pauvreté : proposition d'indicateurs de pauvreté, d'inégalités et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec. Québec, CÉPE, 2009, 71 p. [En ligne : www.cepe.gouv.qc.ca/publications/pdf/avis_cepe.pdf]
- Charmaz, K. Constructing Grounded Theory: a Practical Guide Through Qualitative Analysis, Londres, SAGE Publications Ltd, 2006, 208 p.
- Collectif pour un Québec sans pauvreté (CQSP). Charlotte Laprise : Un outil d'éducation populaire pour se donner de la « pogne » sur les enjeux touchant les inégalités, CQSP, Québec, 2010, 16 p. [En ligne : www.pauvrete.qc.ca/IMG/pdf/Charlotte_Laprise.pdf]
- Dupéré, S., M. O'Neill et M. De Koninck. « Why men experiencing deep poverty in Montreal avoid using health and social services in times of crisis », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 23, n° 2, mai 2012, p. 781-796.
- Dupéré, S. Rouge, jaune, vert... et noir : expériences de pauvreté et rôle des ressources sociosanitaires selon des hommes en situation de pauvreté à Montréal (Thèse de doctorat en santé communautaire), Québec, Université Laval, juill. 2011, 290 p. [En ligne : www.theses.ulaval.ca/2011/28277/28277.pdf]
- Dupéré, S., De Koninck, M. et M. O'Neill. « Rouge, jaune, vert... noir : être pauvre et s'en sortir selon des hommes en situation de pauvreté du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal », *Recherches sociographiques*, vol. 52, n° 2, 2011, p. 255-283. [En ligne : www.erudit.org/revue/rs/2011/v52n2/1005659ar.pdf]
- Dupéré, S., L. Hamelin-Brabant et G. Perry. « Pauvreté, iniquités et soins infirmiers », in Hamelin-Brabant, L., L. Bujold et N. Vonax (ss la dir. de), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et en soins infirmiers. Rencontres à propos des âges de la vie, des vulnérabilités et des environnements*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2010, p. 253-276.
- Rheault, J. *Réfléchir, innover, agir. Guide de formation et d'animation : vers le développement de pratiques alternatives au dépannage alimentaire*, Montréal, Moisson Québec et Centre de formation populaire (CFP), juin 2000, 70 p. [En ligne : http://bv.cdeacf.ca/EA_PDF/2005_01_0536.pdf]

Belgique

Le CVC Corps-Vêtements-Comportement

Une échelle d'insertion créée par l'association bruxelloise **Infirmiers de rue** pour aider les intervenants à agir auprès des sans-abris.



Par **Émilie Meessen**, inf., et **Pierre Ryckmans**, m.d. [Belgique]



© Dominique Simon

*Il fallait une méthode standardisée d'évaluation rapide, relativement simple, pouvant se faire dans la rue, même en mouvement, et sans nécessairement prendre contact avec la personne. En même temps, il était important de prendre en compte suffisamment de facteurs et de façon suffisamment nuancée, pour réellement dépister les personnes les plus désocialisées. C'est ce compromis qui explique les critères utilisés : l'apparence et l'odeur du **corps** et des **vêtements**, et le **comportement** de la personne.*

Créée en 2006, l'association belge Infirmiers de rue (IDR) travaille auprès des personnes sans domicile fixe. Sa mission : rétablir les liens entre les personnes vivant en situation de grande précarité, leur environnement et les services de santé. Son approche : la réinsertion durable de ces personnes par l'hygiène. Pour y parvenir, les infirmiers et infirmières de rue ont créé une échelle d'insertion destinée aux intervenants de première ligne pour les aider à évaluer les personnes en situation d'itinérance.

Nommé le CVC pour corps, vêtements et comportement, le score obtenu au moyen de cette échelle est basé sur un constat de l'état d'hygiène et du comportement de la personne. Il peut être établi sans contact direct avec la personne. Il est utilisé depuis maintenant six ans par l'association et enseigné à plus de 500 intervenants.

En termes d'observation et d'objectivation de l'insertion, cet outil s'avère effectivement une aide appréciable pour les infirmiers sur le terrain. Il stimule l'observation, tant dans la première évaluation de la personne que dans la mesure plus fine de son évolution. Il facilite l'échange des observations au sein de l'équipe.

Un usage régulier du score au fil des rencontres ainsi que son partage entre des équipes différentes devraient permettre d'en affiner les résultats.

Raison d'être

Infirmiers de rue, une association sans but lucratif, utilise l'hygiène et la valorisation des talents comme points d'entrée de la réinsertion sociale des sans-abris.

ENCADRÉ 1

Infirmiers de rue

L'association Infirmiers de rue a démarré le 8 janvier 2006 après un an et demi d'étude de terrain. Les infirmières Émilie Meessen et Sara Janssens ont réalisé que malgré le grand nombre d'associations médico-sociales existantes à Bruxelles, il y avait toujours beaucoup de sans-abris.

Elles ont fait le constat que l'hygiène et la santé posaient des problèmes importants pour les personnes vivant dans la rue et avaient la conviction de pouvoir intervenir. Depuis, l'association mène différents projets.

www.infirmiersderue.org/

Les méthodes de travail utilisées sont :

- la rencontre des itinérants dans leur cadre de vie – généralement la rue ;
- la pose d'un constat d'évaluation ;
- la stimulation des itinérants à prendre leur hygiène et leur santé en charge ;
- les soins infirmiers lorsque cela est nécessaire ;
- l'accompagnement des sans-abris dans les structures médicales ou d'hygiène ;
- la coordination du suivi entre différents acteurs psycho-médico-sociaux.

Les personnes jugées à risque bénéficient d'un suivi intensif jusqu'au moment où leur situation est estimée satisfaisante et stable, c'est-à-dire concrètement lorsque :

- le suivi de l'hygiène et de la santé est correct ;
- il y a un logement stable et suffisamment investi ;
- il y a un entourage suffisant pour prévenir les rechutes.

L'association rencontre environ 350 personnes par an, mais seulement une soixantaine d'entre elles pourront bénéficier d'un suivi intensif. De plus, l'association IDR travaille principalement avec d'autres acteurs du réseau, soit des agents de sécurité, des médecins et des assistantes sociales, chacun d'eux utilisant ses propres critères pour évaluer la gravité d'une situation. Il était donc indispensable de créer un outil permettant de choisir les personnes à suivre, sur la base d'une vulnérabilité accrue.

La désinsertion a été choisie comme le critère premier de vulnérabilité, et le CVC (Corps-Vêtements-Comportement) élaboré pour permettre une évaluation objective du degré d'insertion.

Il fallait une méthode standardisée d'évaluation rapide, relativement simple, pouvant se faire aussi dans la rue, éventuellement même en mouvement, et sans nécessairement prendre contact avec la personne. En même temps il était important de prendre en compte suffisamment de facteurs et de façon suffisamment nuancée, pour réellement dépister les personnes les plus désocialisées.

C'est ce compromis qui explique les critères utilisés : l'apparence et l'odeur du **corps** et des **vêtements**, et le **comportement** de la personne.

Le score

Chaque critère est coté de 0 à 3, donnant un total possible de 9. Le tout est calculé de façon positive : la normalité étant vue comme un objectif à atteindre et non comme l'absence de problèmes. Une situation extrêmement dégradée sera donc proche de 0/0/0, tandis qu'une situation où la personne est, selon toute apparence, en bonne santé et insérée dans la société, proche de 3/3/3. Un total inférieur à 6 signale que la situation est alarmante et nécessite une investigation.

Comme d'autres échelles ou score médicaux, il se veut une évaluation aussi objective que possible de **l'état de la personne à un moment donné**, en aucune façon un jugement de valeur. Il met l'accent là où un

Tableau 1 Score CVC

CORPS	score
Saleté apparente avec parasites OU saleté apparente avec odeurs	0
Saleté apparente OU parasites OU odeurs OU plaie non soignée	1
Négligences	2
Propre et soigné	3
VÊTEMENTS	score
Sales, abîmés et malodorants	0
Sales et malodorants OU Sales et abîmés OU Inadaptés	1
Sales OU Abîmés OU Malodorants	2
Cohérents, propres et en bon état	3
COMPORTEMENT	score
Anormal et dangereux	0
Anormal OU dangereux	1
Suscite un questionnement	2
Normal	3

L'explication détaillée de chacun des critères est disponible à l'adresse suivante, sous Outils pratiques ; Échelle d'insertion (CVC) : www.infirmiersderue.org/fr/Outils_et_publications/

progrès, ou un changement pourrait exister, et pousse donc le professionnel à l'action. De plus, ce score est un instantané, une photographie qui peut changer rapidement. Utilisé sur le long terme, il permet de mesurer les évolutions, positives ou négatives, au fil du temps.

Bien entendu, s'agissant de critères d'hygiène, vestimentaires et comportementaux choisis comme

ENCADRÉ 2

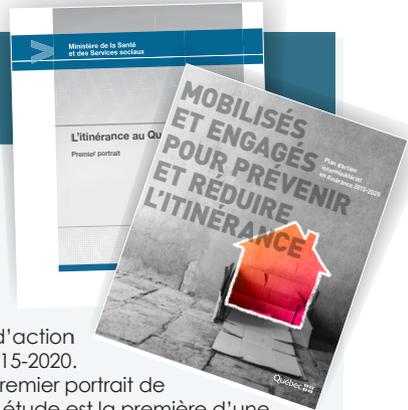
Lutte contre l'itinérance

En décembre dernier, Lucie Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse à la Santé publique annoncé une bonification de 4,6 millions de dollars aux 8,1 millions consacrés au Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020. La ministre a rendu public un premier portrait de l'itinérance au Québec. Cette étude est la première d'une série qui permettra de mieux comprendre le phénomène de l'itinérance.

« L'itinérance désigne un processus de désaffiliation sociale et une situation de rupture sociale qui se manifestent par la difficulté pour une personne d'avoir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre en raison de la faible disponibilité des logements ou de son incapacité à s'y maintenir et, à la fois, par la difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté. L'itinérance s'explique par la combinaison de facteurs sociaux et individuels qui s'inscrivent dans le parcours de vie des hommes et des femmes. »

L'itinérance au Québec. Premier portrait.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-738-01W.pdf>





© Dominique Simon

indicateurs du fait qu'une personne est ou non insérée dans la société, il est évident que ce score est lié à la culture dans laquelle il a été créé et dans laquelle il est utilisé. Nul doute que des adaptations seraient nécessaires dans un contexte culturel différent.

Les effets

L'Échelle CVC est utilisée depuis août 2009. Elle entraîne plusieurs effets sur la pratique des intervenants principalement à trois niveaux.

Tableau 2 Nombre de scores et de patients (depuis fin août 2009)

Année	Nombre de scores calculés	Nombre de patients concernés
2009	67	55
2010	272	143
2011	353	104
2012	574	87
2013	751	79

L'observation. Tous les infirmiers ont souligné que l'utilisation du score les stimulait à mieux observer les patients et à le faire de façon plus systématique, passant en revue les trois aspects considérés : corps, vêtements et comportement.

Avec le temps, cette observation devient un réflexe et leur donne d'emblée une évaluation ciblée de la situation du jour. L'observation systématique leur permet de remarquer certains détails qui leur auraient échappé auparavant, par exemple l'état des ongles ou des dents cariées.

La transmission de l'information. La référence au score accélère, facilite et améliore la communication de l'information écrite ou orale pendant les réunions. Il n'est plus nécessaire d'énumérer tous les détails pour obtenir une idée claire de la situation. Au besoin, l'intervenant qui a vu la personne peut préciser certains éléments : « Il était à 2 en vêtements car son pantalon était déchiré ».

Les membres de l'équipe ont le sentiment de « parler la même langue ». La standardisation de l'évaluation permet de faire des comparaisons, soit entre deux moments dans le temps pour un même patient, soit éventuellement entre deux patients, et cela quelle que soit la personne qui a fait l'évaluation.

La prise en charge des sans-abris et la motivation de l'équipe. La finesse d'observation et la possibilité de faire des comparaisons dans le temps ont eu des conséquences relativement inattendues, soit d'accélérer le dépistage et la prise de décision.

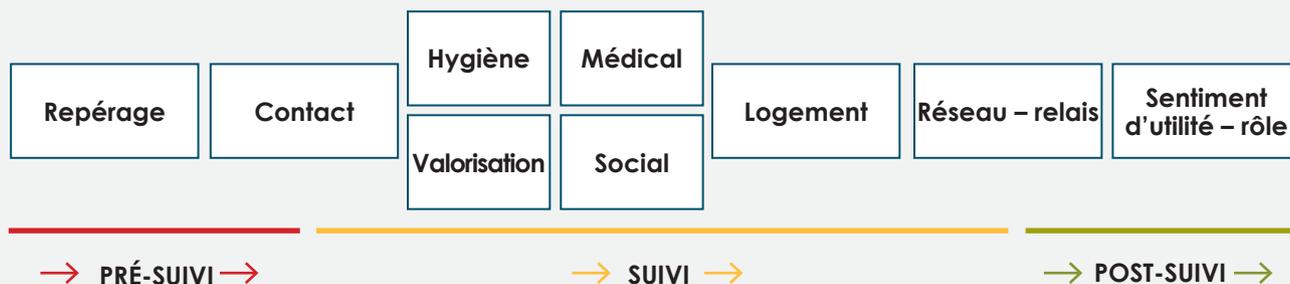
Ainsi, les infirmiers peuvent dès le moment où ils rencontrent le patient, observer s'il y a amélioration ou détérioration de sa situation. Dans le premier cas, ils peuvent souligner le progrès et le renforcer auprès de lui. Dans le cas contraire, il devient possible de préciser l'origine du déclin et de travailler rapidement avec lui.

De plus, l'utilisation du score sur de longues périodes pour un même patient permet de comparer les résultats et d'objectiver des tendances que les infirmiers soupçonnaient déjà, mais qui restaient au stade de l'intuition.

La possibilité de dégager des observations objectives devient un élément important de la prise de décision, que ce soit pour se réjouir des interventions mises en place ou

ENCADRÉ 3

Parcours de réinsertion



Exemple d'un suivi de patient

Patient dont le problème principal est l'hygiène et non le comportement. Un travail intensif sur l'hygiène a été fait au mois de décembre. L'amélioration du score précède le retour en logement.

Date	Score	Total	Remarque
11/09/2009	0/1/3	4	
23/09	0/0/3	3	
12/11	0/0/2	2	
18/02/2010	1/2/3	6	
4/03	2/2/2	6	Retour en logement le 22/02
9/03	2/1/2	5	
2/04	2/3/2	7	
6/04	2/2/2	6	
21/1/2011	2/3/3	8	

pour intervenir dans le cas d'une dégradation. Le seul fait de pouvoir objectiver la situation avec du recul renforce le sentiment de contrôle des intervenants et améliore la façon dont l'équipe peut assumer la situation.

Le score CVC est une évaluation rapide du degré de désocialisation d'une personne, destiné aux professionnels de la santé travaillant avec des clientèles très précarisées.

Sur une période de cinq ans, cette méthode d'évaluation a montré des effets positifs sur le fonctionnement de l'équipe d'infirmiers et d'infirmières de rue et sur la prise en charge des sans-abris. Il existe un intérêt certain pour cette technique.

Un travail de diffusion et d'évaluation dans diverses équipes et dans divers contextes doit maintenant être réalisé pour mieux définir les avantages et les limites de cet outil. ■

Les auteurs



Emilie Meessen est infirmière en santé communautaire et en médecine tropicale. Après avoir travaillé dans le secteur de la toxicomanie, du sans-abrisme et de la prostitution, elle a créé avec une amie l'ASBL bruxelloise *Infirmiers de rue* dont elle est maintenant coordinatrice.



Pierre Ryckmans est médecin généraliste. Après avoir travaillé à l'étranger dans l'humanitaire, il s'est consacré, depuis 15 ans, à divers projets de médecine sociale en région bruxelloise.