
RAPPORT D'ACTIVITE 2022
COMPLEXE SOCIAL de LYON CITE
POLE SANTE

SECOURIR, ACCOMPAGNER, RECONSTRUIRE
La Fondation de l'Armée du Salut



PREAMBULE : LES ACTIVITES EN SANTE DU COMPLEXE SOCIAL LYON CITE	4
LE POLE PARCOURS SOINS SANTE	6
1 LES ACTIVITES DE LA CHARGEE DE MISSIONS PARCOURS SOINS SANTE	6
1.1 LE CONTEXTE	6
1.2 L'APPROCHE	6
1.3 LES RESULTATS	6
1.3.1 SENSIBILISER, PROMOUVOIR ET EDUQUER EN SANTE	6
1.3.2 ENCOURAGER L'INTEGRATION DE LA SANTE DANS LE CHAMP DE L'ACTION SOCIALE	7
1.3.3 FAVORISER ET AMELIORER L'ACCES AUX SOINS ET LES PARCOURS DE SOINS ET DE SANTE	8
1.3.4 LA PARTICIPATION AUX INSTANCES ET RESEAUX DU TERRITOIRE	9
2 LES ACTIVITES DES IDE DU POLE PARCOURS SOINS SANTE	9
2.1 LE PERIMETRE D'INTERVENTION DES IDE	9
2.2 L'ORGANISATION DE LA MISSION DES IDE	10
2.2.1 LA METHODOLOGIE D'INTERVENTION	10
2.2.2 LES MODALITES D'INTERVENTION	12
2.2.3 RESEAUX, PARTENAIRES ET ACTEURS DE SANTE	13
2.3 LES SPECIFICITES DU CHRS : DES PARTENARIATS SPECIFIQUES EN ADDICTOLOGIE ET PSYCHIATRIE	14
2.4 LES ACTIVITES DE L'IDE MOBILE	14
2.4.1 LE CONTEXTE	14
2.4.2 LES RESULTATS DE L'IDE MOBILE	15
3 BILAN ET PERSPECTIVES	20
LE POLE SANTE SOLIDAIRE DES GRANDES VOISINES	23
1 LE COORDINATEUR SANTE DU PSS ET SES ACTIVITES	23
1.1 LE CONTEXTE	23
1.2 LES ACTIONS REALISEES	25
1.2.1 FAVORISER LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE	25
1.2.2 RENFORCER L'OFFRE DE SOIN	25
1.2.3 ORGANISER LE PARCOURS DE SOIN	26
1.2.4 FACILITER LA COOPERATION ENTRE TOUS LES ACTEURS IMPLIQUES	26
2 LES ACTEURS DU PSS ET LEURS ACTIVITES	26
2.1 LA FONDATION DISPENSAIRE GENERAL DE LYON	26
2.2 LES BENEVOLES	27
2.3 LES PARTENAIRES ASSOCIATIFS ET INSTITUTIONNELS	27
2.4 LA MEDIATRICE SANTE	28
2.5 LES PATIENTS PARTENAIRES	29
3 LES RESULTATS : UNE FILE ACTIVE EN CROISSANCE CONSTANTE	29
3.1 UNE AUGMENTATION DE LA VISIBILITE ET UNE CROISSANCE DE LA FREQUENTATION DU LIEU	29
3.1.1 LES VENUES SPONTANEEES HORS CONSULTATION	29
3.1.2 LES ATELIERS ORGANISES PAR LES PARTENAIRES	30
3.1.3 LES RENDEZ-VOUS PLANIFIES AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE	30
3.1.4 LA MEDIATRICE SANTE	33
3.2 CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES AU POLE DE SANTE SOLIDAIRE	34
3.2.1 LE GENRE	34
3.2.2 L'AGE	34
3.2.3 LA COUVERTURE SOCIALE	35
4 BILAN ET PERSPECTIVES	35
ANNEXE : BILAN DES ACTIONS PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE	36

Liste des figures et tableaux

Figure 1: Périmètre d'intervention des professionnels du complexe Lyon-cite	5
Figure 2. File active et public rencontré	16
Figure 3: Modalités d'interventions de l'IDE mobile.....	17
Figure 4: Les problématiques de santé rencontrées	19
Figure 5: Résultats de l'enquête préliminaire au projet du pôle santé solidaire- octobre 2021	24
Tableau 1: Acteurs et partenaires de santé des IDE	13
Tableau 2: Temps moyen par type d'intervention.....	18
Tableau 3: Les partenaires du Pôle Santé Solidaire.....	27

Liste des abréviations

ACT	Appartements de Coordination thérapeutique
AME	Aide Médicale d'Etat
APP	Analyse de Pratique Professionnelle
CDHS	Centre Départemental d'Hygiène Sociale
CDM PSS	Chargé.e de Mission Parcours Soins Santé
CESF	Conseiller.e d'Economie Sociale et Familiale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CMP	Centre Médico-Psychologique
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
EMSP	Equipe Mobile Santé Précarité
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ESSIP	Equipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité
ETP	Equivalent Temps Plein
FADS	Fondation de l'Armée du Salut
FND SA	Fondation Notre Dame des Sans-Abris
GSF	Gynécologie Sans Frontière
HEH	Hôpital Edouard Herriot
IDE	Infirmier.e Diplômé.e d'Etat
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LAM	Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS	Lits-Haltes-Soins-Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Protection Maternelle Infantile
PUMA	Protection Universelle Maladie
RSRH	Réseau Social Rue Hôpital
SJDD	Hôpital Saint Jean de Dieu
SLSJ	Hôpital Saint Joseph Saint Luc

Préambule : Les activités en santé du Complexe social Lyon Cité

L'année 2022 aura été l'occasion de continuer le développement du volet santé au sein de la FADS, dans un souci de répondre toujours mieux aux inégalités sociales de santé, dans une démarche d'aller-vers.

La Fondation bénéficie ainsi d'un Pôle Parcours Soins Santé autour des fonctions suivantes :

- **Un.e chargé.e de mission Parcours Soins Santé**

Le/la Chargé.e de Mission Parcours Soins Santé (CDM PSS) a poursuivi ses missions de prévention et de promotion de la santé à destination des **1478 personnes** accueillies dans les **9 centres d'hébergement**. Il/elle est intervenu.e auprès des 9 équipes socio-éducatives (82 EPT) pour favoriser leur capacité d'action en santé (Figure 1)

- **Une IDE Mobile basée au CHRS Cité de Lyon**

L'IDE du CHRS Cité de Lyon a poursuivi ses missions à destination des **130 personnes** accueillies et des **13 professionnels socio-éducatifs** et s'est déployée sur le **CHU de Villeurbanne en support des équipes et des bénéficiaires**.

- **Un.e IDE Mobile**

Après une phase expérimentale de 6 mois en 2021, ayant montré la pertinence du dispositif, l'IDE mobile a continué ses missions de renfort des activités en santé au plus près des personnes, en se déplaçant dans les centres d'hébergement de Vénissieux, Saint Priest, Lyon 7, et Francheville.

Afin de pouvoir toucher tous les centres d'hébergement de la FADS, une **réorganisation du temps de travail des deux IDE** a été effectuée cette année. Pour rappel : en 2021, 2 centres d'hébergement n'étaient pas couverts par les activités d'IDE mobile. Ainsi, l'IDE du CHRS Lyon-Cité est venue en soutien des équipes socioéducatives du Centre d'Hébergement d'Urgence de Villeurbanne, en effectuant une permanence bimensuelle sur site, pour un total de 126 personnes et 8 ETP de professionnels socio-éducatifs.

L'IDE mobile est quant à elle intervenue dans les **7 autres centres** d'accueil, pour un total de **1242 personnes** et **61 ETP** de professionnels socio-éducatifs.

Par ailleurs, un **Pôle Santé Solidaire**, ouvert en avril 2022 sur le site des Grandes Voisines, en partenariat avec le Foyer Notre-Dame des Sans-Abris, est venu renforcer la réponse aux problématiques de santé rencontrées par les résidents. Le PSS a pour objectif de réunir en un seul lieu, les deux approches de soin et de la promotion santé, au plus près des personnes accompagnées sur le site. Le Pôle Santé bénéficie également à tous les habitants du territoire, en proposant un accompagnement en santé privilégié aux plus vulnérables, dans un souci d'aller-vers les populations invisibilisées

Il comprend :

- **1 ETP coordinatrice**
- **1 ETP médiatrice en santé**
- **Des permanences de partenaires du soin et de la prévention**

Cette expérimentation donne déjà de très bons résultats. Entre mai et septembre 2022 plus de 1000 passages ont eu lieu, dont 50% en deux mois depuis l'obtention de l'ERP avec l'installation de permanences de la Fondation Dispensaire Général de Lyon et la mise en place des médecins bénévoles

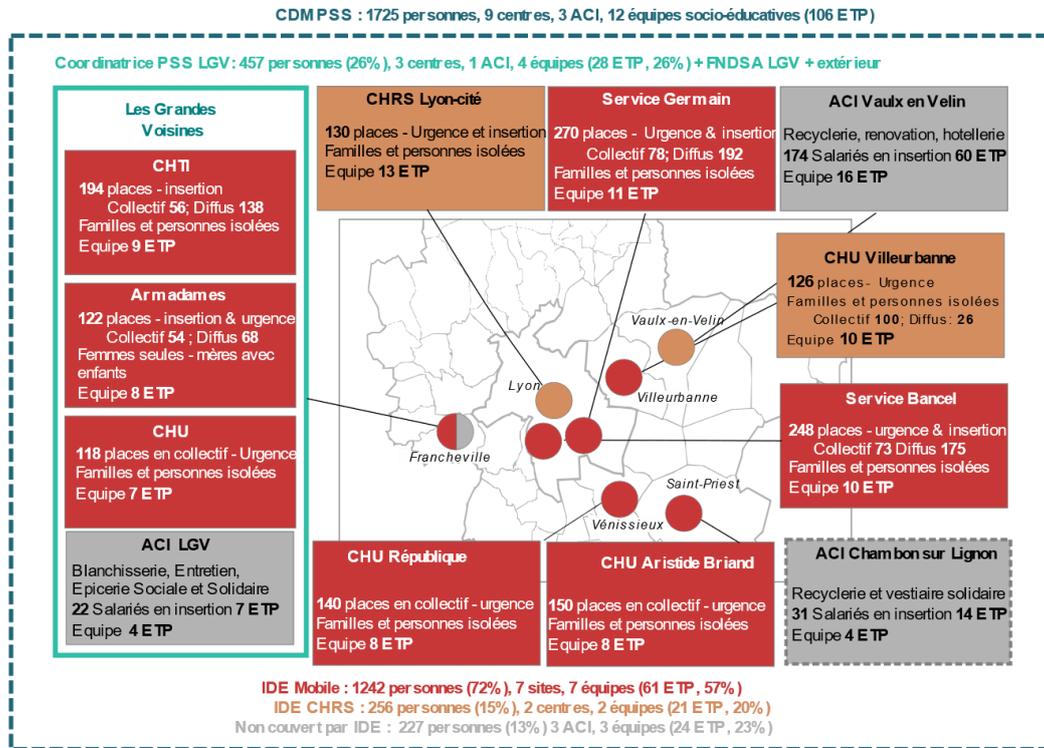


FIGURE 1: PERIMETRE D'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DU COMPLEXE LYON-CITE

Le Pôle Parcours Soins Santé

1 Les activités de la Chargée de Missions Parcours Soins Santé

1.1 Le contexte

Lors de son arrivée en 2020 comme chargée de mission soins et santé (CDM PSS), les dispositifs d'hébergement connaissaient des difficultés récurrentes concernant la santé des personnes accueillies, notamment une faible littératie en santé, peu d'actions de prévention et de promotion de la santé, et un travail cloisonné entre les différents services rencontrant pourtant des problématiques similaires.

Ainsi, les travailleurs sociaux avaient du mal à faire face à la complexité des situations (ex. polyopathologies, problématiques de santé mentale, handicap, addictions, et). Par ailleurs, le turnover des équipes socio-éducatives rend difficile la montée en compétences dans le champ de la santé de celles-ci.

Les objectifs spécifiques des années 2020 et 2021 ont ainsi été les suivants :

- 1 - Favoriser l'accès aux droits des bénéficiaires en privilégiant autant que possible l'accès - au droit commun
- 2 - Etablir une 1ère évaluation en santé et mettre en œuvre les 1ères démarches de soin
- 3 - Consolider et coordonner les parcours de soin existants pour éviter les ruptures de parcours
- 4 - Actions de sensibilisation et de promotion à la santé auprès des bénéficiaire et avec les professionnels

1.2 L'approche

L'ensemble des actions de la chargée de mission vise à améliorer la prise en compte de la santé dans le parcours de l'utilisateur et donc d'adapter l'accompagnement social et médical, dans une approche transculturelle. Les actions sont réalisées dans l'optique de renforcer le pouvoir d'agir des personnes accompagnées, en laissant la personne libre de ses choix.

Dans la continuité des objectifs des années précédentes, le/la CDM PSS a concentré en 2022 sa mission sur les trois objectifs suivants :

- OS1. Sensibiliser, promouvoir et éduquer en santé
- OS2. Encourager l'intégration de la santé dans le champ de l'action sociale
- OS3. Favoriser et améliorer l'accès aux soins et les parcours de soins et de santé

1.3 Les résultats

1.3.1 Sensibiliser, promouvoir et éduquer en santé

Pour intégrer la prévention et la promotion de la santé dans l'accompagnement en santé des personnes, les **partenaires associatifs et institutionnels interviennent toujours régulièrement** sur les sites (cf. **Tableau d'activités, Annexe 1**). L'année 2022 aura été l'occasion de **développer de nouveaux partenariats** et de **consolider** les partenariats existants, parfois mis à mal par la pandémie de la covid-19.

Cette année, 7 nouveaux partenariats ont été développés, permettant de mieux couvrir les besoins d'éducation en santé et de prévention des résidents. Un partenariat avec **AIDES** a permis dans un premier temps de sensibiliser les référents santé aux questions du **VIH/SIDA et des Hépatites**, qui sera suivi en 2023 par des interventions dans

les centres d'hébergement le sollicitant. L'ADHEC est intervenue au centre d'hébergement de Villeurbanne et au CHRS en partenariat avec DA-TI-SENI pour des dépistages **TROD VIH et Hépatites**.

Concilia'bulles est intervenu avec son programme YAPP de **soutien à la parentalité** lors de deux cycles touchant 4 centres d'hébergement. Le programme est coconstruit avec les familles participantes, pour répondre au plus-près de leurs besoins, et favoriser le développement du pouvoir d'agir des parents.

L'équipe mobile du CAARUD **Pause Diabolo** est venue apporter son appui aux résidents du CHRS dans la **réduction du risque liée à la consommation de produits**, avec une permanence mensuelle depuis le mois de juillet.

Dans la mesure du possible, les temps de sensibilisations sont coconstruits avec les professionnels. Les besoins des hébergés sont repérés par les travailleurs sociaux et les IDE. Les interventions sont adaptées aux besoins et aux spécificités de chaque centre d'hébergement. On peut citer en exemple la **Fête de la Santé de juillet 2022** au CHU Aristide Briand de St Priest (Caserne Chabal), où **7 partenaires sont intervenus** (ADES, ADHEC, CDHS, CPEF, Hello bus, PMI et la SODHEV). Ce temps a été fortement apprécié des résidents, qui ont de grosses difficultés pour se déplacer vers le soin ou la prévention. Fort de ce succès, une nouvelle édition est en cours de préparation pour janvier 2023.

Certains de nos partenaires ont rencontré des **difficultés en termes de moyens humains**, ayant conduit à une suspension plus ou moins longue des actions sur nos sites.

Les actions de sensibilisation à **l'hygiène buccodentaire** par la SODHEV reprennent ainsi progressivement sur les sites, après une interruption au premier semestre 2022.

Concernant la santé de la femme, **GSF** n'est pour le moment plus en capacité d'intervenir au sein des centres d'hébergement de la Fondation. Cependant, d'autres solutions ont pu être trouvées pour **garantir un accès aux soins gynécologiques et à l'éducation en santé sexuelle**. Le **Pôle Santé Solidaire** de Francheville propose des consultations bimensuelles avec une sage-femme de la FDGL. Des partenariats avec les **CPEF** de St-Priest, Vénissieux et Lyon 7 (SJSL) ont été démarrés, pour faciliter l'orientation des femmes vers ces structures, et proposer des ateliers d'éducation à la vie affective et sexuelle au sein des centres d'hébergement en 2023. Par ailleurs, une **stagiaire sage-femme de l'UE médecine humanitaire**, sera accueillie à partir de décembre 2022, sur un projet d'ateliers ludiques d'éducation à la vie affective et sexuelle pour les adolescents.

1.3.2 Encourager l'intégration de la santé dans le champ de l'action sociale

1.3.2.1 Le renforcement des capacités des professionnel.les

Dans chaque centre d'hébergement, un travailleur social est identifié comme référent santé. Il est parfois secondé d'un.e suppléant.e.

Des **groupes de travail avec les référents santé** et les IDE sont organisés tous les deux mois. Ils sont l'occasion d'échanges de pratique et de partage autour des difficultés rencontrées ; de partage d'informations et d'actualités santé ; et de co-construction d'outils de travail.

Des acteurs professionnels externes sont également sollicités pour intervenir sur ces temps, selon les demandes exprimées par les référents santé. Ils permettent d'apporter leur éclairage sur diverses problématiques rencontrées au sein des centres et une montée en compétence des travailleurs sociaux. Ainsi, en 2022, les référents santé ont pu bénéficier d'une sensibilisation au VIH/SIDA et Hépatites conduite par l'association AIDES, et à une formation au sevrage tabagique via l'utilisation de cigarettes électroniques avec la Vape du cœur.

Les référents santé sont des relais incontournables pour améliorer l'accompagnement en santé des résidents. Ils permettent de construire progressivement une culture commune de la santé sur les sites d'hébergement.

Le renforcement des capacités des professionnels passe aussi par des temps de **formation et de sensibilisation pour toutes les équipes**. Des formations en ligne, comme les **webinaires de la CPAM** sont également proposées, tout comme la participation aux différents **groupes de travail** (CRPA, CNPA, VIP etc). Les travailleurs sociaux sont aussi invités à s'inscrire aux **matinées d'information** « Améliorer l'orientation en santé des publics en situation de grande précarité et/ou en hébergement », proposées par le RSRH.

Par ailleurs, des formations communes ou individuelles sont proposées aux **deux IDE**, dans une optique **d'harmonisation des pratiques et de renforcement des capacités**. Les deux IDE ont ainsi participé à deux journées de formation organisée par l'ADES sur l'animation participative d'ateliers collectifs. Formation qui sera mise en pratique dès 2023 avec la co-construction d'un atelier sur les accidents domestiques. Elles participeront fin décembre à une formation organisée par le CRCDC AuRA sur le dépistage des cancers.

L'IDE du CHRS a bénéficié d'une formation en santé mentale proposée par Interface-SDF en décembre 2022, « les mots du corps ».

L'IDE mobile participe aux formations proposées pour les différents partenaires du Pôle Santé Solidaire des Grandes Voisines, notamment la formation organisée par l'Orspere-Samdaara sur la santé mentale et l'interculturalité.

1.3.2.2 Le développement d'outils

Le la CDM PSS est aussi responsable de la diffusion et de la création d'**outils** pertinents pouvant **favoriser l'orientation** des résidents par les TS et/ou les IDE :

- Carte Mentale du RSRH
- Guide d'orientation interactif en train d'être coconstruit avec les référents santé et les IDE
- Dossier commun de ressources (formations, dispositifs)

Une **newsletter santé mensuelle** vient d'être créée avec une première diffusion à l'ensemble des salariés de la FADS Lyon cité en décembre 2022. L'objectif est de permettre une meilleure communication et une plus grande visibilité des différentes actions de prévention et promotion de la santé qui ont lieu au sein des centres. Elle sera aussi l'occasion de partager à tous de l'information santé et de contribuer à la montée en compétence des professionnels ; enfin, elle permettra aussi la mise en lumière des nouveaux dispositifs mis en place sur la métropole lyonnaise.

1.3.3 Favoriser et améliorer l'accès aux soins et les parcours de soins et de santé

Chaque structure est désormais en mesure d'inscrire le résident dans un parcours de santé. **L'articulation sociale et médicale est privilégiée**. L'approche priorisée est de mettre en avant les difficultés rencontrées par la personne elle-même et les ressources qu'elle peut mobiliser dans ses démarches. Cette approche permet de repérer tout ce qui peut faire obstacle à sa démarche de soin et en particulier les blocages administratifs. Il s'agit donc de les accompagner au plus près, d'ajuster la réponse à la demande, de les soutenir et de les conseiller.

1.3.3.1 L'intervention des IDE

Les infirmier.e.s sont en mesure de proposer un accompagnement individuel sur du court ou moyen terme ou de façon ponctuelle. (Cf. **partie 2 page 9 sur l'activité des IDE**). La présence des IDE a facilité le repérage, la compréhension de l'ensemble des besoins en santé et surtout les sources potentielles d'aggravation.

Pour mener à bien l'accompagnement au-delà d'une mobilisation de la personne elle-même, les IDE travaillent en collaboration étroite avec les **dispositifs de droit commun**, et sont, avec les travailleurs sociaux, en capacité

d'orienter vers des structures adaptées (PASS, Ehpad avec ALLIANCE, ACT...). En outre, un **accès à l'interprétariat** est facilité avec ISM Corum.

Les IDE soutiennent les actions en faveur de la **prévention** (tabagisme, IST, vaccination...).

1.3.3.2 Le partenariat avec les équipes mobiles

L'intégration de la CDM au RSRH a facilité le recours aux équipes mobiles de la métropole, par une meilleure connaissance des dispositifs et des modalités de sollicitation. Les IDE et les travailleurs sociaux mobilisent les équipes mobiles au besoin :

- Equipe Mobile Addictions Précarité (Oppelia-ARIA)
- EMPP d'Interface-SDF
- ESSIP (FDGL)
- EMSP (Oppelia-ARIA)

1.3.3.3 Sensibilisation des professionnels de santé à la précarité et l'interculturalité

Dans la continuité de l'action menée en 2021 au centre Léon Bérard, le CDM PSS est intervenu cette année au sein de l'IFSI Ocellia et l'Université Claude Bernard pour présenter notre approche innovante dans la prise en soins transdisciplinaire pour les publics en grande précarité, dans le cadre de leur formation initiale. Le CDS PSS a ainsi donné un module « **P'adhésion au soin aux personnes en situation de précarité et d'interculturalité** » à plus de 90 étudiant.e.s de l'IFSI Ocellia en mai 2022. Il est également intervenu dans le cadre de l'UE **Médecine Humanitaire et SAMU Social** en décembre 2022, où 54 étudiant.e.s en médecine, maïeutique et dentaire ont pu bénéficier de cette sensibilisation.

La sensibilisation des professionnels de santé est indispensable pour permettre un meilleur accueil et une meilleure intégration des publics en situation de vulnérabilité dans le droit commun.

1.3.4 La participation aux instances et réseaux du territoire

La CDM PSS rencontre et participe régulièrement, en étant force de propositions, aux instances institutionnelles et associatives du territoire : ARS, Réseaux Social Rue Hôpital, FAS, ADES, CRCDCAURA, FNDSA, ALLIANCE, Université Claude Bernard, Faculté Lyon 2, DALHIR, AIDES, ARIA, Fédération addiction, CRPA, PASS...

Le.la CDM PSS a également commencé à prendre contact et à intégrer les réseaux professionnels territoriaux : CLSM, CPTS.

La CDM est également en veille des conférences, colloques, inaugurations de nouveaux dispositifs etc. pouvant être d'intérêt pour améliorer l'orientation des résidents ou la montée en compétence des professionnels.

2 Les activités des IDE du Pôle Parcours Soins santé

2.1 Le périmètre d'intervention des IDE

Les deux IDE sont intervenu.e.s en activité mobile au sein de 8 centres d'accueil, du complexe de Lyon-Cité, et en activité fixe au CHR, soit la totalité des centres d'hébergement. Ces 9 centres ont une capacité d'accueil de 1498 places (Figure 1), et incluent **9 équipes socio-éducatives sur les 12 du**

complexe social de Lyon Cité. Chaque équipe comprend entre 7 et 13 travailleurs sociaux, pour un total de 82 ETP, soit **78% des ETP** du Complexe social de Lyon Cité.

Les interventions infirmières ont été réalisées principalement dans les locaux dédiés à **l'hébergement collectif**, qui accueillent 60% des personnes du périmètre d'intervention. Les activités s'étendent toutefois aux appartements en diffus, avec des visites à domicile, mais dans une moindre mesure (4% des interventions infirmières en 2022, soit 50 VAD réalisées sur l'année par l'IDE mobile). A l'exception de l'Armada, qui accompagnent des femmes seules ou des femmes avec enfants, les centres accueillent des familles avec enfants ou des personnes isolées. **Les familles avec enfants représentent 90 % des personnes accueillies.** Une majorité substantielle des personnes est dans un parcours de migration.

2.2 L'organisation de la mission des IDE

2.2.1 La méthodologie d'intervention

Les **missions des IDE** ont continué cette année autour des 3 objectifs définis les années précédentes :

1. **Appuyer les équipes socioéducatives in situ sur les problématiques de santé individuelles des résidents :** L'IDE comme maillon entre l'usager et les professionnels socio-éducatif non compétents sur les questions médicales. L'IDE va permettre la prise en compte de la santé dans le projet personnalisé réalisé avec l'usager - ou la santé globale est intégrée dans le parcours de vie de la personne ;
2. **Permettre l'accès aux soins et à la santé en accompagnant les personnes dans leur parcours de soins dans un « aller vers » le résident :** L'IDE comme maillon entre l'usager et les acteurs de la santé par une coordination entre les besoins et l'intervention ;
3. **Travailler l'autonomie des personnes en réalisant in situ des actions d'éducation à la santé et de prévention :** L'IDE comme maillon de l'accès à la prévention et à l'éducation en santé en vue de favoriser le pouvoir d'agir.

L'IDE comme maillon entre l'usager et les professionnels socio-éducatifs :

L'IDE intervient au sein des équipes socio-éducatives pour permettre un **accompagnement pluridisciplinaire** des résidents. Un véritable **partenariat en faveur de l'insertion et de l'autonomie** de la personne est ainsi réalisé. L'IDE apporte aux équipes un éclairage sur les problématiques de santé et un véritable soutien dans la gestion des situations de santé complexes. Il/elle est disponible à distance par téléphone ou par courriel, pour aider dans l'orientation en urgence ou apporter son expertise en cas de nécessité. L'IDE permet par ailleurs de sensibiliser les équipes à l'impact de certaines situations de santé sur la situation sociale, et d'apporter un œil extérieur et un regard croisé sur certaines situations.

Ce travail de collaboration en faveur des hébergés se traduit aussi par le partage d'information avec les travailleurs sociaux, dans le respect du secret médical. Différents outils sont utilisés pour ce faire : la tenue d'un dossier infirmier, des comptes-rendus d'entretiens, le remplissage du dossier informatisé dans le logiciel Agiles (coordonnées des professionnels médicaux et paramédicaux du résident). Ce partage permet un suivi optimal de la personne.

Il/elles apportent également leur soutien à la constitution des dossiers administratifs en lien avec la santé (ACT, MDPH etc.).

L'IDE permet également, en appui des missions menées par le/la CDM PSS, la montée en compétences des équipes sur les questions de santé, par le partage et le rappel des recommandations de bonne pratique (hygiène des mains, collecte des déchets de soins, gestes barrières etc.).

L'IDE comme maillon entre l'usager et les acteurs de la santé :

Pour accompagner au mieux les usagers dans leurs parcours de santé, l'IDE exerce conjointement un rôle de coordinateur et de médiateur.

Coordination de parcours de soin : Ce travail de coordination prend différentes formes. Dans une optique de rattachement au droit commun, l'IDE aide les usagers à trouver un médecin traitant et/ou un spécialiste. Il/elle oriente les personnes sans droits vers les structures adaptées : PASS/CASO/PSS/Partenaires associatifs.

Pour les personnes les plus vulnérables, il/elle exerce un rôle de vigilance quant au respect des différents rendez-vous médicaux, en collaboration avec les équipes socioéducatives. Cela peut se traduire par un accompagnement physique lorsque l'IDE le juge indispensable pour éviter une rupture de parcours.

La disponibilité de l'IDE en support à distance (appels, Whatsapp, textos) est également un facteur primordial dans la coordination de parcours : les usagers n'hésitent pas à la/la solliciter en dehors des permanences.

Les entretiens infirmiers sont l'occasion d'augmenter le pouvoir d'agir des personnes en améliorant leur littératie en santé. L'IDE favorise ainsi une meilleure connaissance du système de santé, des possibilités de soins ; il/elle explique les différents examens (déroulé et résultat) ; il/elle aborde leur(s) pathologie(s) et leur (s) traitement(s). L'objectif visé est la pérennisation des parcours de soins par la mobilisation des ressources des personnes, l'amélioration de l'adhésion aux soins et le respect de la liberté de choix.

Médiation : Les personnes vulnérables accompagnées au sein de la FADS rencontrent des problématiques de communication avec le monde sanitaire, à l'origine de difficultés d'adhésion au soin ou de ruptures de parcours. En favorisant les échanges, L'IDE permet une adaptation des parcours de soins au plus près des spécificités inhérentes à la précarité (barrière de la langue, spécificités culturelles, manque de connaissances sur le fonctionnement du système de santé, difficultés psycho-sociales en lien avec l'exclusion sociale, comorbidités psychiques, etc.).

L'IDE joue également un rôle de médiation auprès des professionnels de santé, en les sensibilisant aux spécificités du public accompagné et à mieux prendre en compte les facteurs de vulnérabilité pouvant engendrer un éloignement du soin. Ceci passe par l'accompagnement des résidents aux rendez-vous importants, lors de la mise en place d'une nouvelle alliance thérapeutique par exemple ; par une anticipation des besoins comme l'interprétariat ; par une disponibilité pour relayer les informations ou reprendre les difficultés rencontrées avec les professionnels lors du suivi. Ceci est extrêmement bénéfique pour maintenir les usagers dans un parcours de soin.

L'IDE comme maillon de l'accès à la prévention et à l'éducation en santé :

Ceci est possible lors des entretiens individuels, en apportant un soutien à la parentalité, et un discours de prévention sur toutes les thématiques touchant les hébergés : tabac, vaccination, hygiène de vie, sommeil, vie affective et sexuelle, addictions etc. Il/elle oriente vers les partenaires adaptés pour une meilleure prise en charge de problématiques évoquées lorsque cela est nécessaire.

Les IDE travaillent également en lien étroit avec le/la CDM PSS et les équipes socio-éducatives pour la mise en place des actions collectives de prévention et de promotion de la santé au sein des centres d'hébergement. (Voir Annexe) Cela passe par l'identification et la remontée des besoins, la mobilisation des personnes, la présence lors des ateliers ou le suivi des sujets abordés lors des ateliers, dans le cadre de ses entretiens individuels.

2.2.2 Les modalités d'intervention

Les permanences infirmières

Les IDE interviennent lors de permanences infirmières sur site. Dans chaque centre, un bureau dédié est mis à disposition, afin de proposer un espace d'écoute et d'accueil, calme, facilitateur des échanges et de la relation et garantissant la confidentialité et le respect de la vie privée.

L'IDE mobile organise un planning mensuel permettant une rotation équitable entre les centres. En moyenne, l'IDE est présente 2,5 jours par mois dans les 7 centres d'hébergements. Le planning est communiqué aux équipes en fin de mois pour le mois suivant.

L'IDE du CHRS est présente lors d'une permanence fixe d'une demi-journée tous les 15 jours au CHU de Villeurbanne. Le reste du temps, elle est basée au CHRS et dispose d'un cabinet infirmier bien identifié.

Les modalités de sollicitation de l'IDE

Les suivis de l'IDE s'intègrent à l'accompagnement suite à trois types de démarches :

- Une orientation par les travailleurs sociaux
- Des venues-spontanées des personnes lors des permanences
- Une démarche d'aller-vers de l'IDE

Cet aller-vers se traduit par des temps de présence dans les lieux collectifs (extérieurs, salle commune, cuisines, couloir), une présentation auprès des nouveaux arrivants, du porte à porte etc. L'IDE tient également à sa disposition une trousse de premiers soins (pansements, tensiomètre, thermomètre, etc...), pour favoriser la rencontre et la **médiation par le soin**. C'est souvent un point d'accroche, permettant de démarrer une relation de confiance et de débiter un suivi.

Les entretiens infirmiers

Les IDE interviennent principalement auprès des personnes par la mise en place **d'entretiens infirmiers**. La posture de l'IDE, mêlant bienveillance et écoute inconditionnelle, favorise la création d'un lien de confiance, permettant de redémarrer un parcours de soin.

Chaque situation nécessitant l'intervention des IDE constitue un suivi. Différents types d'entretiens sont réalisés : **l'entretien d'accueil** permet l'évaluation des besoins et des compétences en santé de la personne, et la définition d'objectifs en termes d'accompagnement, de coordination des acteurs de santé et d'éducation en santé. Le(s) **entretien(s) de suivi** permettent de travailler sur la prévention et d'affiner les objectifs de soins et l'organisation du parcours de soins. Les **entretiens « d'aide et d'écoute » – dits « motivationnels »** sont l'occasion pour l'IDE d'accompagner la personne à prendre conscience de ses difficultés et à trouver ses propres solutions. **L'entretien d'éducation à la santé** vise à partager les savoirs et connaissances, pour être acteur de sa santé.

Les entretiens peuvent occasionnellement se dérouler avec un professionnel socio-éducatif pour meilleure interconnexion des problématiques sociales et de santé.

Les entretiens se déroulent principalement dans le bureau infirmier, mais peuvent également se dérouler en chambre ou dans les espaces extérieurs, dans une logique d'adaptabilité aux souhaits de l'usager. Des entretiens-promenades sont ainsi réalisées avec certains résidents, propice à la détente et au bien-être.

Le suivi

Les IDE organisent leurs activités au sein d'une file active globale. Concernant l'activité mobile, le travail de coordination continue bien au-delà de la permanence sur site, permettant une plus grande réactivité, et un meilleur suivi des résidents. Elles assurent le lien avec les équipes socio-éducatives. Pour favoriser la pluridisciplinarité et un

accompagnement global des personnes, les IDE participent aux réunions d'équipe, lorsqu'elles sont présentes sur le site le jour de la réunion hebdomadaire.

Une fiche de suivi est réalisée pour chaque personne rencontrée afin d'assurer la continuité de l'accompagnement. Cette fiche est actualisée après chaque entretien et détaille les objectifs de soins et le travail de coordination réalisé avec les partenaires. De manière complémentaire, les informations sont partagées avec les équipes socioéducatives (voir partie méthodologie d'intervention).

NB : Les soins chroniques sont pris en charge par les IDE libéraux ou l'ESSIP (réfection des piluliers, réalisation des glycémies, prises de constantes, aides à la toilette). Les IDE du Pôle Parcours Soins Santé effectuent ponctuellement des soins simples (réfection/adaptation de pilulier, prise de constantes, pansement simple) dans l'attente ou en relais ponctuel des IDES libérales.

2.2.3 Réseaux, partenaires et acteurs de santé

Les activités de coordination des deux IDE avec les acteurs de santé, de prévention et d'éducation à la santé ont été réalisées en lien avec une multitude d'acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux au sein de la métropole lyonnaise (Tableau 1). Les interactions avec les médecins traitants et les spécialistes hospitaliers sont les plus fréquentes.

Lorsqu'il/elles n'effectuent pas directement la coordination de parcours, les IDE sont aussi amené.e.s à conseiller les travailleurs sociaux sur l'orientation la plus adaptée pour leurs résidents.

TABLEAU 1 : ACTEURS ET PARTENAIRES DE SANTE DES IDE

Typologies des acteurs	Acteurs de santé
Cabinets médicaux, MSP et centres de santé	Médecine générale, médecine de spécialité (gynécologie, neurologie, dermatologie, psychiatrie, ophtalmologie), psychologie, odontologie, SOS médecins, Fondation Dispensaire Général de Lyon, Santé commune, Pôle Santé Solidaire, sage-femmes.
Centres hospitaliers	HEH - CHLS – HFME - Louis Pradel, Croix-Rousse, Wertheimer, Médipôle, SJSL, Le Vinatier, SJDD, Centre Les massues, Centre de rééducation Val-Rosay, SSR Henri Gabriel, Centre Romans Ferrari, Maternités, Centres de soins dentaires (dont Ecole dentaire)
Permanences d'accès aux soins de santé	HEH (PASS générale, dentaire et périnatalité), SLSJ, Vinatier, PASS pédiatrique HFME, PASS médipôle
Pharmacies	Officines de ville et hospitalières
Analyses et examens médicaux	Laboratoires d'analyses médicales et centre d'imageries médicales, Fondation Dispensaire Général de Lyon
Dispositifs médicaux-sociaux	CMP, CMPP, CAMPS, PCPE, PMI, CPEF, UASS, Handi-Consult 69, IME, Réseau LYRE, Service de médecine du travail CHLS, Alliance, RSRH, CSAPA, Ruptures, CDHS,
Cliniques privées	Clinique Champvert, Clinique du Val d'Ouest
Paramédicaux	IDEL, IDEC, IDE Scolaire, Diététicienne, Kinésithérapeute, Orthophoniste, Opticiens, psychologue scolaire, Terre Ostéo.
Transport	Ambulances et taxis conventionnés
Santé mentale	LIVE, Orsperre-Samdaara,
Autres	ACT, LAM, LHSS, Silvia Terrade
Equipes mobiles d'aller-vers	EMAP (ARIA-Oppelia), ESSIP, InterfaceSDF, EMSP

2.3 Les spécificités du CHRS : Des partenariats spécifiques en addictologie et psychiatrie

Les résidents du CHRS présentent de manière prédominante des problématiques de **santé mentale et d'addictions**, qui viennent potentialiser leur vulnérabilité. La **présence de l'IDE** sur site permet de favoriser le maintien du lien avec les acteurs de santé et le **maintien en soin** des personnes hébergées. L'infirmière participe ainsi aux transmissions d'informations, à la rédaction des demandes de soins/prises en charge et se met en lien avec les équipes mobiles afin d'échanger autour de la prise en charge des résidents suivis, et/ou d'organiser s'il le faut des hospitalisations ou d'autres partenariats de soins quand cela est nécessaire.

Pour ces personnes souffrant de problématiques de santé mentale et d'addictions, le constat était fait les années précédentes de suivis sur l'extérieur (CSAPA, CMP...) chaotiques et entrecoupés de ruptures. Afin d'améliorer leur accompagnement, de nouveaux partenariats ont été mis en place cette année. Ainsi, avec l'aide la CDM-PSS, un **nouveau partenariat** a été créé entre le CHRS et le **CMP Vilette**, afin de faciliter l'orientation et l'hospitalisation des résidents.

Les **temps cliniques mensuels**, un jeudi après-midi par mois, se sont poursuivis, afin d'échanger sur les prises en charge et/ou de proposer un renforcement de l'accompagnement, au regard du comportement du résident. Ces temps cliniques sont organisés avec les partenaires intervenant au CHRS : **Interface SDF, l'EMAP du Griffon (ARIA-Oppelia), et le CMP Vilette**. Ce temps est une véritable plus-value, tant pour les équipes que pour les résidents.

Ces partenariats sont aussi l'occasion de tester de nouvelles approches, grâce au soutien des professionnels, comme la mise en place d'un programme expérimental de cogestion de l'alcool avec un résident au dernier trimestre 2022.

Par ailleurs, une collaboration avec l'équipe mobile de **Pause diabololo** a démarré en juillet, avec une présence mensuelle sur site, permettant d'intégrer la **réduction du risque** à l'accompagnement en santé.

L'IDE participe par ailleurs au **GRAP**, organisé par le CSAPA du Griffon, qui a lieu toutes les six semaines. Ces temps permettent un **échange des pratiques et un partage d'expérience** avec d'autres professionnels confrontés aux mêmes difficultés.

2.4 Les activités de l'IDE Mobile

2.4.1 Le Contexte

Le poste d'IDE Mobile a été créé sur une **phase expérimentale de six mois de juin à décembre 2021**. L'objectif était de venir en appui des équipes socio-éducatives qui faisaient état de difficultés dans l'accompagnement des résidents dans leurs parcours de soins et de santé. Les principales difficultés rencontrées étaient des difficultés d'accès au soin, des ruptures de parcours fréquentes, et des problématiques sanitaires qui limitaient fortement l'accompagnement social.

Le poste étant encore relativement récent, nous avons choisi de présenter en détail les résultats des activités de l'IDE mobile.

2.4.2 Les résultats de l'IDE mobile

2.4.2.1 La file active et le public rencontré

Durant la période allant du 01/12/2021 au 30/11/2022, l'IDE mobile a réalisé un total de **242 suivis**, auprès de **186 personnes** sur les 1242 personnes accueillies sur le périmètre son interventions. Les interventions ont donc concerné **plus de 15% des personnes du périmètre d'intervention de l'IDE mobile**, ce qui est une progression par rapport aux 10% durant les six premiers mois. La présence de l'IDE au sein des centres a facilité son repérage, tant par les équipes que par les résidents (Figure 2).

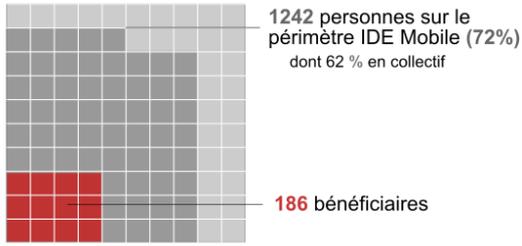
Parmi ces 186 personnes, 112 concernaient des nouveaux suivis, soit 60%. Au 01/12/2022, **le file active était de 46 suivis**. Ainsi, sur les suivis réalisés dans l'année : 75% sont clôturés, 20% sont actifs, le reste concerne des suivis en veille. La durée moyenne de suivi reste inchangée par rapport à la phase expérimentale, à savoir 2 mois, mais varie de 1 à 308 jours. Les interventions sont équitablement réparties entre suivis chroniques et suivis ponctuels.

Les interventions infirmières ont été réalisées en **grande majorité auprès d'adultes** (80% des interventions), dont les **2/3 sont des femmes**. Près de 80% des interventions concernent des personnes **allophones**. Plus de 15 recours à l'interprétariat professionnel par téléphone ont ainsi été effectuées. D'autres outils sont utilisés quotidiennement (google trad, ordonnancier visuel de l'Entraide Pierre-Valdo, traduction par un proche).

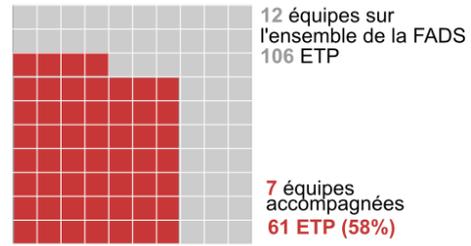
Près de 80% des suivis concernaient des personnes ayant des droits de santé ouverts. En revanche, **un suivi sur cinq a été réalisé auprès de personnes sans aucuns droits de santé**.

Près de **3 suivis sur 10 ont concerné des personnes en rupture de soins**, et plus de trois suivis sur cinq concernent des personnes avec des difficultés d'adhésion aux soins (Figure 2). Près d'un tiers du public rencontré par l'IDE mobile ne disposait pas de médecin traitant au démarrage du suivi. Les principaux **freins d'accès au soin** identifiés par l'IDE sont la **barrière de la langue** (25%), l'**interculturalité** (14%), une **littératie en santé insuffisante et les troubles psycho-sociaux**. Ils peuvent se cumuler, rendant l'accès au soin extrêmement complexe sans l'aide de la médiation et coordination infirmière.

1498 personnes accompagnées par la FADS



15% des personnes sur le périmètre d'intervention de l'IDEM mobile ont bénéficié d'un suivi infirmier



L'IDE est intervenu auprès de plus de la moitié des professionnels de la FADS



242 suivis de situations réalisés auprès de 186 personnes entre le 01/12/2021 et le 30/11/2022
dont 112 nouveaux suivis



80 % des suivis sont réalisés auprès d'adultes



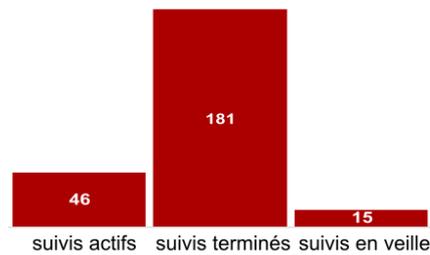
2/3 des suivis concernent des femmes



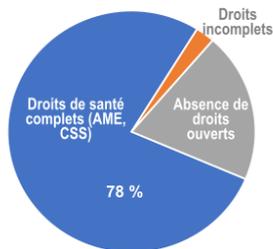
8 personnes sur 10 sont allophones



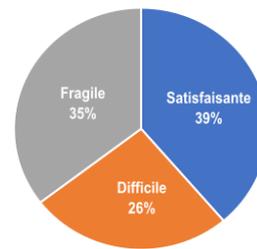
La durée moyenne d'un suivi est de 2 mois



Une file active de 46 personnes
181 suivis terminés



2 suivis sur 10 est réalisé dans un contexte d'absence de droits de santé



Plus de 3 suivis sur 5 présentent des difficultés d'adhésion aux soins



3 suivis sur 10 concernent une personne en rupture de soins



Près d'1 suivis sur 3 concernent une personne sans médecin traitant

Typologie des freins à la santé

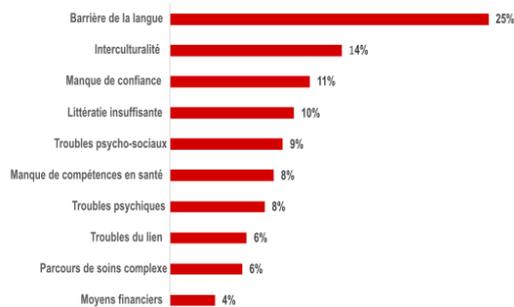


FIGURE 2. FILE ACTIVE ET PUBLIC RENCONTRE

2.4.2.2 Caractéristiques des interventions infirmières

Les suivis ont été mis en place à la suite d'une **orientation par les professionnels socio-éducatifs, dans les deux-tiers des cas (65 %)**. Un peu plus d'un suivi sur cinq (23%) a été initié à l'initiative de la personne et 12% des suivis sont issus des démarches d'aller-vers de l'IDZ (Figure 3). On constate une augmentation de l'orientation par les équipes socio-éducatives par rapport à la phase expérimentale, qui n'hésitent plus à intégrer le suivi par l'IDE à l'accompagnement des résidents.

L'IDE a réalisé un total de **1484 interventions** pour ses 242 suivis, soit **6 interventions par suivi en moyenne**. Plus de la moitié des activités infirmières concernaient les actions auprès des usagers, avec les **entretiens infirmiers** qui représentent **45% de son activité**. La **coordination entre l'usager et les acteurs de la santé** ont représenté un-tiers des activités de l'IDE mobile (32%), et la **coordination entre les usagers et les professionnels socio-éducatifs** en a représenté 15%.

Il est à noter que 3% des activités de l'IDE mobile ont concerné des **accompagnements physiques** aux rendez-vous médicaux. L'IDE s'est donc déplacée pour 41 rendez-vous avec les résidents sur l'année. Cette activité est réalisée à la fois auprès des usagers, mais sert aussi de médiation auprès des acteurs de la santé. Bien qu'apparemment à la marge, c'est l'activité la plus chronophage pour l'IDE (Tableau 2: Temps moyen par type d'intervention Tableau 2), et la plus importante pour éviter les ruptures de parcours de soin.

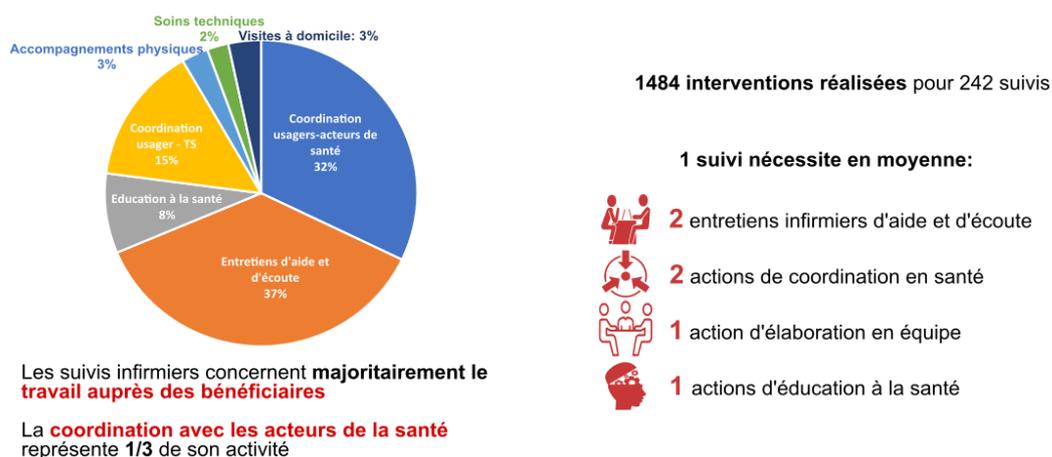


FIGURE 3: MODALITES D'INTERVENTIONS DE L'IDE MOBILE

Après plus de 18 mois d'activité, l'IDE mobile a pu établir une durée moyenne par type d'intervention (tableau 1.)

TABLEAU 2: TEMPS MOYEN PAR TYPE D'INTERVENTION

Intervention de coordination et de médiation (usager-acteurs de santé)	30 min. Probablement sous-estimée par elle est difficilement quantifiable puisqu'il s'agit d'une tâche que l'IDE réalise en continu
Entretien d'aide et d'écoute	1h : 30 min + 30 min de restitution à l'équipe sociale
Intervention d'éducation à la santé	30 min
Réflexion interdisciplinaires (usager-TS): réunion d'équipe	1h
Accompagnements physiques	2h (temps déplacement inclus + coordination)
Soins techniques	5 min - occasion de médiation, peut aboutir sur un entretien d'aide et d'écoute
Orientation médico-sociale (ACT, LAM, etc.)	2h minimum (difficilement quantifiable)
Visites A Domicile	2h (temps déplacement inclus + coordination)

La coordination et la médiation est parfois difficilement quantifiable, puisqu'elle se déroule en continu pour toutes les situations de suivi actives.

2.4.2.3 Problématiques de santé rencontrées

L'IDE mobile est intervenue de manière prédominante au regard de problématiques de santé en lien avec des troubles anxiodépressifs et des pathologies cardio-vasculaires, qui ensemble représentent 20 % des problématiques de santé rencontrées (Figure 4).

L'IDE mobile est également intervenu.e au regard de situations de **handicap physique et/ou psychique (24% des suivis totaux)**, qui se cumulent dans 21% de cas.

Une majorité des suivis a été réalisée dans un contexte de polypathologie (59 % des suivis), nécessitant une coordination renforcée. Près d'un tiers des suivis (32 %) a concerné des personnes avec au minimum 3 pathologies.

Plus d'un suivi sur deux (55%) a nécessité l'interaction de 2 à 4 partenaires de santé.

Par ailleurs, huit personnes nécessitent un suivi rapproché par l'IDE mobile, qui effectue pour eux l'intégralité de la coordination des soins. Ces personnes, qui présentent des situations médico-sociales complexes, relèveraient d'une prise en charge médiale avec coordination de soins, mais n'ont pu bénéficier de places dans des structures adaptées. Ainsi, sur six dossiers d'orientation vers le dispositif d'ACT hors les murs réalisés, un seul dossier a été accepté.



Une prédominance de troubles anxiodépressifs et de pathologies cardio-vasculaires



13 personnes en situation de handicap physique
dont 3 enfants, 2 sans accès aux droits



17 personnes en situation de handicap psychique
dont 1 enfant, 2 sans accès aux droits



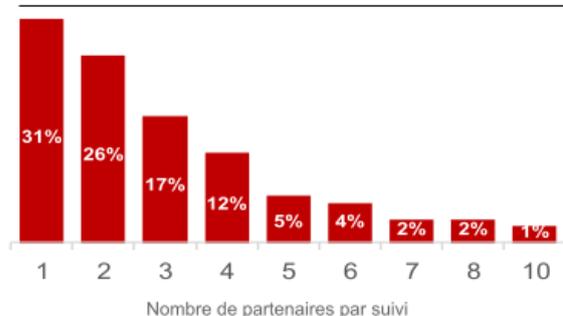
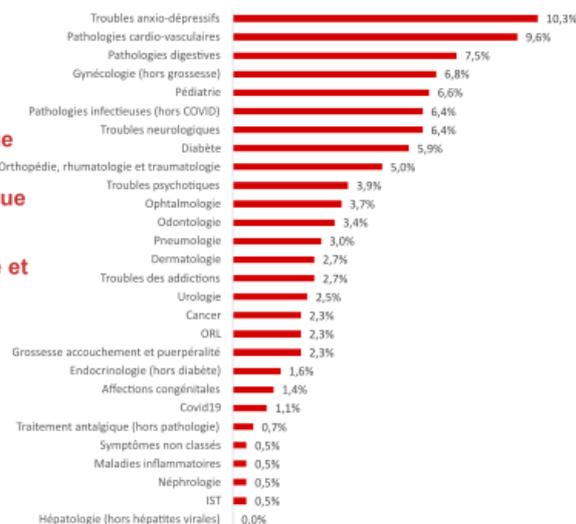
8 personnes en situation de handicap physique et psychique
dont 3 enfants, 1 sans-droits



1 personne admise en ACT
sur 6 dossiers d'orientation ACT hors les murs envoyés



10 suivis de grossesse



Plus d'1 suivi sur 2 nécessite entre 2 et 4 partenaires



Près de 2 suivis sur 3 nécessitent de 2 à 10 partenaires



2 suivis sur 3 concernent des personnes polypathologiques



1 suivi sur 3 concerne une personne souffrant de plus de 3 pathologies

FIGURE 4: LES PROBLEMATIQUES DE SANTE RENCONTREES

2.4.2.4 Organisation du temps de travail

Les permanences infirmières représentent la majorité du temps de travail de l'IDE mobile. **Par journée de présence** sur site, il/elle réalise une **moyenne de 4,6 entretiens**, avec un maximum de 11. En moyenne, l'IDE réalise également 2 actions de coordination par permanence, qui concernent les suivis en cours auprès des autres centres d'hébergement.

En moyenne, chaque mois, l'IDE mobile participe également à **1 journée d'actions collectives** de prévention ou de promotion de la santé, organisée au sein des centres.

A ces temps auprès des usagers et des équipes s'ajoutent **des temps de formation et réunions de réseaux ou interdisciplinaires**. Ceci permet à l'IDE d'assurer un meilleur suivi des résidents, par une bonne connaissance des dispositifs existants, de bénéficier de temps de partage d'expérience au sein du GRAP pour les problématiques d'addictions, mais aussi une meilleure coordination avec les différents partenaires. En moyenne, l'IDE participe ainsi **chaque mois à une demi-journée de formation**, et une **dizaine de réunions réseaux** ou interdisciplinaires.

3 Bilan et perspectives

L'organisation en pôle des activités de la CDM PSS et des deux IDE a permis une **meilleure organisation** et de **continuer le développement des actions de promotion de la santé**, d'éducation à la santé et de coordination des parcours de soins et de santé. Ce Pôle transversal permet de **décloisonner les secteurs sanitaires et social**, et d'améliorer l'accompagnement global des personnes. La présence régulière des IDE au sein des centres d'hébergement est vue comme un véritable **soutien aux équipes socio-éducatives** et un rôle indispensable dans l'accompagnement pluridisciplinaires des résidents.

Cette amélioration de l'accompagnement a notamment confirmé la nécessité d'une fonction d'IDE Mobile pour la prise en charge de situations médicales individuelles précises, compte tenu de l'absence de compétences des équipes socio-éducatives et des incapacités administratives et sociales des usagers concernés. Après un an et demi de recul, on constate que la création de ce poste a **fait ressortir les besoins cachés, et émerger des problématiques qui étaient peu ou pas prises en compte au sein des structures d'hébergement**.

Les activités de l'IDE Mobile ont permis :

- D'améliorer l'accès aux soins ;
- De limiter le renoncement aux soins ;
- De maintenir le recours au droit commun ;
- D'apporter un appui vers l'autonomie des personnes et la capacité d'agir dans la prise en soins, et d'améliorer la littératie en santé
- Une meilleure prise en charge des situations complexes

L'articulation des missions portées par la Chargée de mission Parcours Soins santé avec les interventions des deux IDE sur les actions de promotion de la santé et les groupes de travail avec les référents en santé ont permis la **montée en compétence des travailleurs sociaux** dans l'accompagnement global des personnes accueillies.

De **nouveaux partenaires** ont pu coconstruire des actions de prévention et promotion de la santé. Certaines thématiques sont encore peu abordées comme le surpoids et l'obésité, la santé sexuelle, le handicap, et l'accompagnement du vieillissement et de la fin de vie dans les centres d'hébergement.

Comme les équipes socio-éducatives, les IDE se retrouvent en difficulté avec des **situations de personnes dépendantes**, souvent **sans droits au séjour**, qui relèveraient d'une orientation vers les structures médico-sociales adaptées (personnes âgées, personnes en situation de handicap, maladies chroniques nécessitant une coordination de soins etc.). Ces situations sont très **chronophages** pour les IDE, qui assurent l'intégralité de la coordination.

Bien que cette année tous les centres d'hébergement soient couverts par une IDE, la **présence limitée des IDE sur chaque site**, hormis le CHRS, est loin de permettre de suivre l'ensemble des personnes hébergées. Toutes ces personnes sont en situation de vulnérabilité, et ont besoin d'un accompagnement vers le soin.

Seulement 17 % des personnes accueillies dans son périmètre d'action sont suivies par l'IDE mobile, qui n'est présente sur site qu'une fois tous les dix jours. Ceci limite fortement ses possibilités de faire de l'aller-vers pour rencontrer les personnes qui ne lui sont pas adressées par les travailleurs sociaux.

L'IDE du CHRS, qui intervient au CHU de Villeurbanne, n'y effectue qu'une demi-journée de présence bimensuelle, ne pouvant libérer plus de temps sur les suivis chronophages des résidents du CHRS (problèmes psychiatriques et addictions).

Les IDE ne sont pas non plus en mesure de pouvoir accompagner physiquement aux consultations médicales toutes les personnes qui le nécessiteraient, avec le risque inhérent de fragiliser les parcours de soins naissants.

Perspectives pour l'année à venir :

Afin de permettre de continuer à lutter contre les inégalités sociales de santé et d'améliorer la santé des plus vulnérables, les activités du pôle Parcours Soins Santé continueront en 2023 selon les 3 objectifs spécifiques suivants :

OS1 : Favoriser et améliorer l'accès aux soins et les parcours de soins et de santé

- Continuer de rencontrer les acteurs de santé du droit commun et de développer des partenariats : CPTS, CLSM, pharmacies et professionnels de santé locaux ;
- Repérer de nouveaux partenaires dans le champ de la santé mentale ;
- Repérer et développer des partenariats dans le champ du handicap, pour favoriser la prise en charge des personnes porteuses de handicap dans les centres d'hébergement et l'orientation vers les structures adaptées ;
- Développer la collaboration avec ALLIANCE pour les publics en grande précarité et en perte d'autonomie ;
- Accueil et formation des stagiaires, poursuivre les formations sur le soin et l'interculturalité auprès des étudiants des filières santé ;
- Améliorer l'accès des TS aux outils d'orientation existants et co-construction d'outils nécessaires (cartographie des professionnels de santé du secteur ; guide interactif d'orientation).

OS2 : Encourager l'intégration de la santé dans le champ de l'action sociale

- Poursuivre l'accompagnement de la montée en compétence des professionnels dans le domaine de la santé, notamment dans les champs de la santé mentale, de la vie affective et sexuelle, et de la santé de l'enfant ;
- Amorcer les réflexions sur la prise en charge digne du vieillissement et de la fin de vie au sein des centres d'hébergement ;
- Continuer la Newsletter santé pour favoriser une culture commune au sein de Lyon-cité ;
- Augmenter le nombre de travailleurs sociaux participant aux matinées d'information du RSRH et aux webinaires de la CPAM ;
- S'appuyer sur le déploiement du logiciel de gestion des dossiers des usagers « Agiles » pour mettre en place des outils de travail numériques adaptés et dédiés à la santé, afin de mieux garantir la protection de la vie privée, et pour renforcer les capacités d'échange et de communication avec les équipes socio-éducatives.

OS3. Sensibiliser, promouvoir et éduquer en santé

- Poursuite du pilotage des actions globales sur la sensibilisation et la promotion de la santé, et consolider les partenariats existants et débutants ;
- Inciter à la co-construction des actions avec les bénéficiaires, dans la mesure du possible ;
- Impliquer les IDE dans la coconstruction et l'animation d'ateliers participatifs, en partenariat avec l'IREPS.

Ces objectifs s'accompagnent de la volonté de pouvoir augmenter le champ d'intervention des IDE et de la CDM PSS, pour augmenter les interventions auprès des publics hébergés dans les appartements dits « en diffus » et intégrer les ACI jusqu'à présents non-couverts.

Compte tenu de notre volume d'activité, afin de pouvoir également augmenter le nombre de bénéficiaires des activités de l'IDE mobile, et de permettre une présence accrue sur chaque site, le financement d'**un troisième poste d'IDE mobile nous semble indispensable**. Cela permettrait d'assurer un meilleur suivi médico-social de la personne, en accordant à l'IDE mobile plus de temps pour des accompagnements physiques et des échanges avec les équipes socio-éducatives. L'équipe serait ainsi définitivement construite et adaptée à la file d'attente des personnes hébergées ou accompagnées dans nos logements.

L'équipe du Pôle Parcours Soins Santé serait alors définitivement construite et constituée de :

- 2 IDE exclusivement mobiles ;
- 1 IDE exclusivement attaché au CHRS (compte tenu de la spécificité de public accompagné et de son volume) ;
- 1 Chargé.e de mission Parcours Soins Santé en charge de son organisation, sa représentation et de son pilotage.

Le Pôle Santé Solidaire des Grandes Voisines

Le Pôle santé solidaire s'inscrit dans le projet du tiers lieu des grandes voisines, coporté par le Foyer Notre Dame des Sans-Abris, La FADS et Plateau Urbain. Ce tiers-lieu comprend 5 centres d'hébergement, 2 chantiers d'insertion recouvrant 5 secteurs professionnels, un hôtel, 40 entreprises du champ de l'économie sociale et solidaires et un partenaire responsable de la programmation culturelle.

475 personnes sont hébergées sur le site. Se croisent des publics familles ou isolés composés de femmes et d'enfants présentant de multiples situations de vulnérabilités en santé ainsi que de ruptures de soins. Les personnes isolées accueillies relèvent souvent de la grande marginalité, nécessitant une prise en compte particulière et experte des problématiques de santé somatiques et psychiques qui en découlent.

Parmi les 60 salariés en insertion travaillant dans les ateliers et chantiers sur le site, une large partie sont jeunes, pouvant être issus des quartiers prioritaires de la ville, ou faisant plus globalement état de difficultés liés à l'isolement ou la marginalité.

Par ailleurs une centaine de salariés permanents sont sur le site quotidiennement.

1 Le coordinateur santé du PSS et ses activités

1.1 Le contexte

Dès l'ouverture des centres d'hébergement une enquête téléphonique a permis de constater que l'offre de soin de droit commun sur le territoire était saturée et que dans l'Ouest Lyonnais la précarité étant moins visible, il n'existait pas de dispositif spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement en santé des publics vulnérables.

Par ailleurs, pour rédiger le projet et répondre aux mieux aux besoins des personnes accompagnées, une enquête a été menée en octobre 2021 auprès des personnes hébergées via des questionnaires traduits en différentes langues et distribués par les travailleurs sociaux.

156 personnes ont répondu, soit la moitié des adultes hébergés.

Cette enquête a confirmé un besoin d'accès aux soins de médecine générale, aux soins bucco-dentaires et à la gynécologie et pour certains des souhaits en termes de prévention et promotion de la santé.

A cette période, 10% n'avait pas de droits de santé ouverts. Nous constatons que cette proportion était sous-évaluée.

Cette étude a mis également en lumière le besoin au regard de l'accès à l'éducation, la prévention et la promotion en santé :

- Quatre répondants sur cinq ne consultent qu'en cas de maladie
- Quatre femmes sur cinq ne disposent pas d'un suivi gynécologique
- Deux répondants sur trois souhaitent une éducation en santé et un étayage psycho-social

Il s'agissait donc de répondre dans un temps contraint à ces problématiques et ces besoins. Nous avons donc fait le choix de rallier à ce projet innovant des partenaires associatifs et institutionnels experts dans leur champ d'action.

Le document suivant a été partagé avec l'ensemble des travailleurs sociaux présent sur le troisième trimestre 2021.

Le site des Grandes Voisines en chiffres



Notre enquête en chiffres

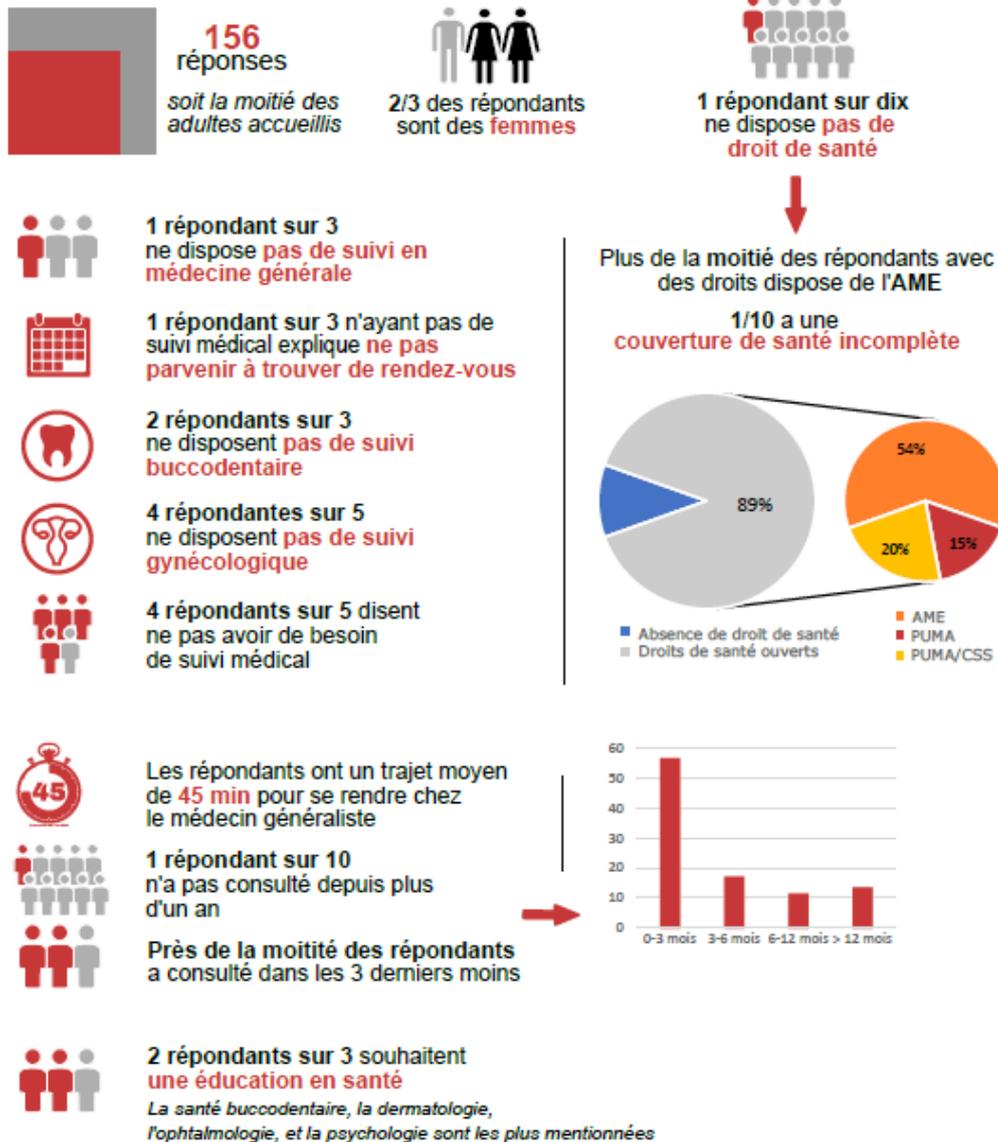


FIGURE 5: RESULTATS DE L'ENQUETE PRELIMINAIRE AU PROJET DU POLE SANTE SOLIDAIRE- OCTOBRE 2021

1.2 Les actions réalisées

L'objectif général du Pôle Santé Solidaire est donc de **Proposer un lieu d'accueil permettant une approche globale de la santé au service du territoire de Craponne- Francheville** qui se décline en 4 objectifs spécifiques :

- Favoriser la prévention et la promotion de la santé via des ateliers animés par nos partenaires spécialisés en prévention et promotion de la santé et un accompagnement des usagers vers l'autonomie
- Renforcer l'offre de soin, au plus près des usagers via des consultations médicales et paramédicales dans une démarche d'aller-vers
- Organiser un parcours de soin et éviter les ruptures grâce à un lieu d'écoute et de convivialité, un service d'accueil et d'accompagnement sanitaire et social et une équipe formée à l'interculturalité
- Faciliter la coopération entre tous les acteurs impliqués grâce un réseau de partenaires et de permanences associatives qui travaillent ensemble et un lieu qui favorise la participation des usagers

Le modèle retenu pour mener à bien ce projet est celui de l'action communautaire en coalition, c'est-à-dire travailler avec des partenaires associatifs et institutionnels ayant le même objectif.

1.2.1 Favoriser la prévention et la promotion de la santé

La prévention en santé passe par des partenaires spécialisés à la fois associatifs et institutionnels.

La mission préliminaire de la coordinatrice a donc été d'identifier ces acteurs souhaitant s'investir sur le lieu, pouvant répondre aux problématiques ressorties lors de l'enquête et construire les complémentarités.

Pour que les travailleurs sociaux se saisissent pleinement de cette offre, orientent de manière pertinente et aient la capacité de présenter correctement les actions aux hébergés, la coordinatrice organise au préalable une présentation des missions de chacun des partenaires intervenants au Pôle Santé Solidaire.

Au quotidien, la coordinatrice organise le planning des partenaires et diffuse l'information en interne et en externe.

Elle est chargée aussi d'étudier l'impact des actions menées et mettre en place des mesures correctives en cas de besoin.

Par ailleurs pour continuer à répondre aux besoins précis des usagers, un groupe d'usagers partenaires a été créé : le recrutement, la formation, la rédaction de la charte et l'animation de réunion sont gérés par la coordinatrice.

1.2.2 Renforcer l'offre de soin

Sur l'ouest lyonnais peu de professionnels sont familiarisés avec la prise en charge des publics que nous accueillons, et il n'existait pas de dispositifs spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement en santé des publics vulnérables.

Il était donc pertinent d'amener cette compétence sur ce territoire, il nous a alors semblé naturel de créer un partenariat avec le dispensaire général de Lyon qui partage nos valeurs d'accompagnement en santé. L'association met à disposition sur le Pôle Santé Solidaire un médecin une fois par semaine, une infirmière 5 jours par semaine, une sage-femme deux fois par mois et la possibilité d'orienter vers leur plateau technique. Le tout est renforcé par le recours possible à l'équipe ESSIP via l'accompagnement infirmier pour les personnes les plus éloignées du soin.

A ce jour, 27% des publics accueillis n'ont pas de couverture santé, il a donc été nécessaire de compléter cette offre via la présence de médecins bénévoles qui sont une porte d'entrée possible vers le soin. Leur présence permet de proposer des consultations sans rendez-vous, offre indispensable pour certains publics en incapacité de gérer un agenda et qui de ce fait les éloigne encore plus du soin. La coordinatrice santé a recruté ce pool de médecins et a créé des outils de suivi des patients afin de permettre une bonne coordination des soins. Le logiciel « mon SISRA »

va être intégré en 2023 pour le partage d'informations médicales. Les patients peuvent être ensuite réorientés vers la PASS.

1.2.3 Organiser le parcours de soin

Cette nécessaire coordination entre médecins bénévole, dispensaire et acteurs externes facilite l'accueil de nos publics et permet un accompagnement renforcé (rappel des rendez-vous, harmonisation du discours, reformulation).

La coordinatrice en animant ce réseau permet ainsi d'éviter les ruptures de parcours, rassure le personnel hospitalier, invite les services à mieux collaborer et les obligent à un accompagnement adapté (demande d'interprétariat...). Cette mise en place progressive de coordination, voire de « patients partagés » pour certains parcours complexes, permet de maintenir des repères pour le patient, de ne pas multiplier les prises en charge, et d'éviter le recours aux urgences.

1.2.4 Faciliter la coopération entre tous les acteurs impliqués

Une des autres grandes missions de la coordinatrice est de faire connaître le Pôle santé Solidaire sur le territoire en rencontrant notamment les acteurs principaux (CCAS, MDM, PMI, Mairies, Centres sociaux, association), il pourra ainsi être visible et investi par tous. Elle participe également aux réunions des acteurs de la santé du territoire (future CPTS de Francheville)

Par ailleurs, elle doit également fédérer et créer une identité commune entre l'ensemble des acteurs du Pôle de santé solidaire. Elle organise pour ce faire des formations et anime des réunions pour harmoniser les pratiques et renforcer ainsi les compétences de chacun.

2 Les acteurs du PSS et leurs activités

2.1 La Fondation Dispensaire Général de Lyon

Il constitue un partenaire décisif pour la création et la vie du pôle santé. Comme pour un dispensaire de droit commun, il y affecte une infirmière à plein temps pour tout type d'acte infirmier. Ce cabinet infirmier permet un accès de proximité très apprécié des usagers, pour les soins mais aussi pour les analyses réalisées dans le cadre d'un partenariat avec un laboratoire d'analyse de Francheville, et explicitées par l'infirmière puis éventuellement par un médecin lors de la restitution des résultats. Son implantation au sein même du tiers lieu permet de déjouer les nombreuses difficultés de nos publics, barrière de la langue, exclusion numérique, manque d'éducation en santé qui peuvent rendre les personnes très inquiètes quant aux résultats d'analyses prescrites dont ils n'ont pas toujours saisi la finalité. Dans un second temps et en accord avec un médecin, des séances d'éducation thérapeutiques peuvent être réalisées.

Un médecin est présent un jour par semaine pour un rôle classique de médecin traitant, son agenda est toujours plein.

Une sage-femme est également présente un jour par quinzaine. Son rôle d'accompagnement d'abord méconnu et ignoré des femmes hébergées a pris progressivement de la considération et de l'intérêt auprès du public des Grands Voisins. Des séances d'information auprès des travailleurs sociaux ont facilité la diffusion de la compréhension de son rôle.

Le dispensaire est aussi ouvert sur le territoire grâce notamment à l'accès via Doctolib.

2.2 Les bénévoles

Une équipe de 6 médecins bénévoles propose depuis quelques mois une journée de consultation hebdomadaire. Ce dispositif supplémentaire permet de compléter l'offre de soins et notamment de ne pas laisser de côté les personnes sans droits ouverts. Cette permanence sans rendez-vous permet de raccrocher aux soins des personnes qui en sont encore très éloignées, sans domicile fixe, migrants... Les patients sans droits consultés par les bénévoles peuvent être dirigés vers le dispositif PASS, qui fait une permanence une fois par mois sur le pôle et peut si nécessaire réorienter vers le plateau technique de l'Hôpital Saint-Luc.

Un gynécologue bénévole intervient pour la promotion de la santé de la femme sous forme d'ateliers participatifs mensuels.

Un opticien bénévole intervient chaque mois pour fournir gracieusement des lunettes grâce à ses stocks d'inventus de montures et à un accord avec ses fournisseurs de verres pour un moindre prix d'achat. Une dermatologue bénévole interviendra également à partir du 11 janvier 23 deux fois par mois pour des consultations.

Grace à un partenariat, une pharmacie proche accepte de mettre en attente la facturation des ordonnances pour les personnes dont les droits sont en cours de renouvellement. L'orientation se fait via une fiche de liaison du pôle santé.

Par ailleurs, pour lutter contre le renoncement aux soins des personnes maîtrisant peu le français, plusieurs outils sont proposés : interprétariat professionnel via ISM-Corum, l'ordonnancier visuel (entraide Pierre VALDO), Google trad etc. La prise en compte de la barrière de la langue consiste aussi en prendre du temps, réexpliquer, reformuler, dessiner... Le PSS dispose aussi de documentation en santé comme les livrets de santé bilingues (Santé Publique France).

2.3 Les partenaires associatifs et institutionnels

L'intérêt de regrouper des actions de prévention et de soins au sein d'un même lieu, est de profiter de la venue de personnes pour le soin pour leur proposer de s'inscrire ou tout du moins de leur faire connaître les ateliers de promotions de santé voire d'y assister lorsqu'ils ont lieu lors de leurs venues.

Notre offre s'étoffe de mois en mois.

TABLEAU 3 : LES PARTENAIRES DU POLE SANTE SOLIDAIRE

Accompagnement à la parentalité	PMI Val d'Yzeron 1x semaine Association Conciliabule(y'a personne de parfait)
Accompagnement à la réduction des risques	Pause Diabolo
Prévention buccodentaire	Sodhev
Prévention des troubles musculosquelettiques	Ecole d'ostéopathie Collaboration Kinés du territoire
Dépistages hépatites et VIH	AIDES
Informations sur la sexualité	ADHEC
Vaccinations	CDHS

Accompagnement à l'arrêt du tabac	La vape du cœur CDHS
Ateliers sur la promotion de la santé des femmes	Ateliers en interne (gynéco bénévole)
Prévention des cancers et promotion du dépistage	CRCDC AuRA
Accompagnement en santé mentale	Interface SDF : directement dans les services ou en consultation au Pôle santé à partir du 1 ^{er} trimestre 23 1 psychologue 1 fois par mois pour le centre d'hébergement des femmes : consultations dans le service et au pôle santé.
CUMP de Lyon	Collaboration pour l'accompagnement des Ukrainiens souffrant de stress post-traumatique

2.4 La médiatrice santé

Le non-recours et le nonaccès aux droits affecte la santé et le parcours de soin des personnes accompagnées. Le rôle de la médiatrice santé est de faciliter l'accompagnement global de la personne en reliant le social et le médical. Il est également d'apporter un soutien aux équipes de travailleurs sociaux accompagnants du tiers-lieu, qui n'ont pas toutes les formations spécifiques à la gestion administrative des dossiers de droits de santé.

La posture de la médiatrice santé est de « faire-avec », dans l'objectif de favoriser l'autonomie et la capacité d'agir des personnes en travaillant sur la compréhension et la réalisation des démarches. Elle garantit à toute personne rencontrant des difficultés une écoute attentionnée de ses besoins et lui propose après concertation en équipe pluriprofessionnelle, une orientation adaptée. Sa posture est aussi de pratiquer « l'aller-vers » dans l'objectif d'être à proximité des personnes. Son intervention permet de faciliter le retour vers le droit commun des personnes éloignées du système de santé, mais aussi d'alerter les professionnels sur les vulnérabilités et spécificités du public accompagné.

Son rôle s'exprime à travers ces trois missions :

- **Faciliter l'accès aux droits et aux soins du public vulnérable**
 - Accompagnement des publics en difficultés dans leurs démarches de santé (partenariat MAS de la CPAM) ;
 - Nous avons également été sélectionné pour participer au dispositif « ESPACE PARTENAIRES » proposé à titre expérimental sur une durée d'un an. L'objectif de ce dispositif est de faciliter les interactions avec la CPAM concernant les publics que nous accompagnons, en situation de vulnérabilités. La convention de partenariat a été signée en décembre ;
 - Accompagnement physique vers les lieux de soins, pour s'assurer d'un meilleur accueil et de la bonne compréhension des problèmes de la personne accompagnée ;
 - Motiver les personnes à se soigner, évaluer leurs problématiques ;
 - Aide à la prise de rendez-vous ;
- **S'inscrire dans la dynamique partenariale du territorial**
 - Mettre en lien les acteurs du champ médico-social ;
 - Travail en complémentarité du travailleur social ;
- **Prévention et éducation à la santé**
 - Mobilisation du public vu pour des actions collectives

2.5 Les patients partenaires

Grâce au programme « humanisation des soins » de la Fondation de France, quatre usagers partenaires ont rejoint le projet pour apporter leur savoir issus de l'expérience de la précarité, et éviter ainsi la discrimination fortuite. Ils participent à l'évaluation du projet, aux formations, aux enquêtes de terrain, à la construction des ateliers de promotion de la santé et jouent un rôle dans la démarche de rapprochement des publics au PSS. L'implication des usagers a démarré en octobre 2022 et sera effective tout au long de 2023, la participation d'un consultant facilite l'inclusion de ces partenaires.

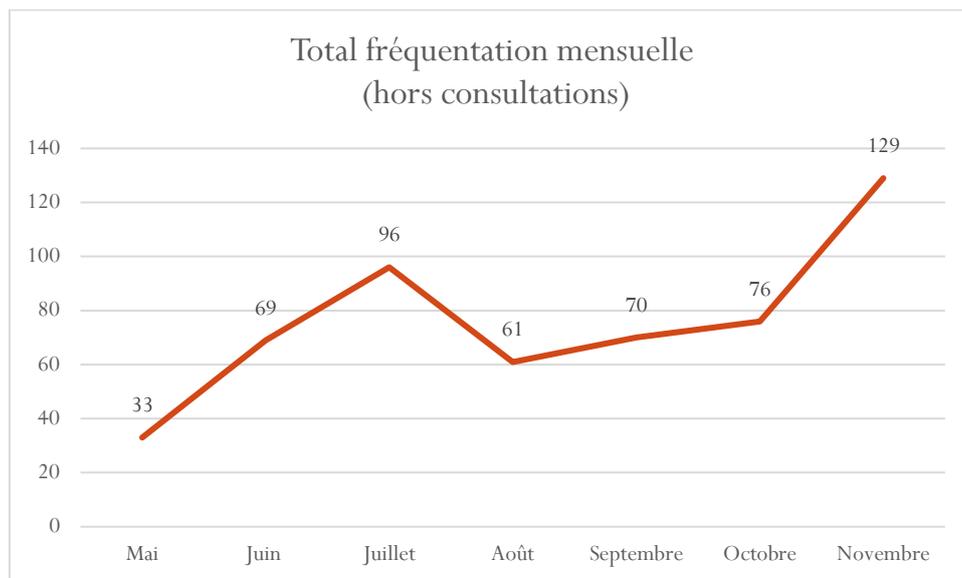
La participation de ces quatre personnes apporte déjà incontestablement une plus-value. Les éléments de vie apportés ont fait l'objet de retours positifs des autres acteurs en contribuant notamment à changer le regard porté sur les personnes hébergées.

3 Les résultats : une file active en croissance constante

3.1 Une augmentation de la visibilité et une croissance de la fréquentation du lieu

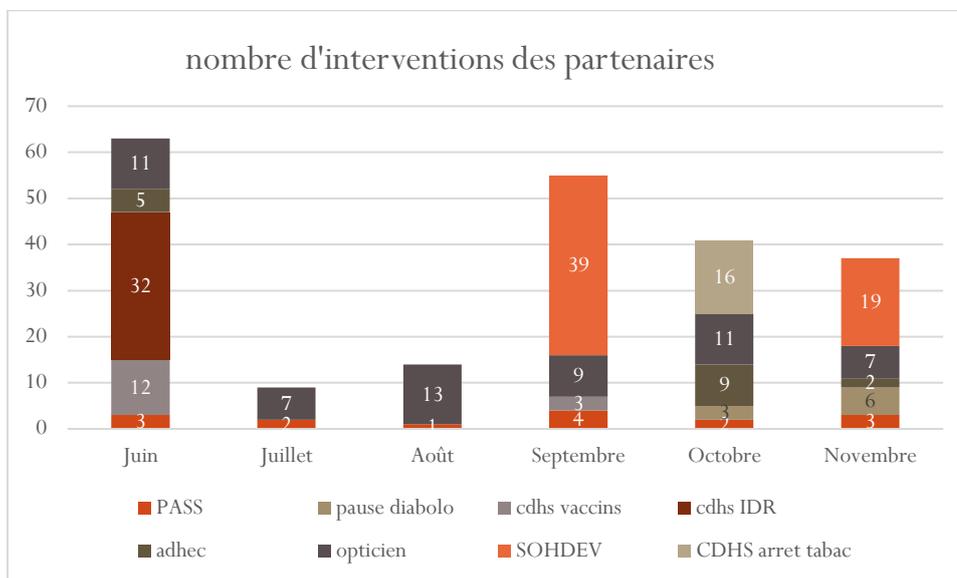
3.1.1 Les venues spontanées hors consultation

La montée en charge s'est faite progressivement avec une ouverture le 20 avril.



3.1.2 Les ateliers organisés par les partenaires

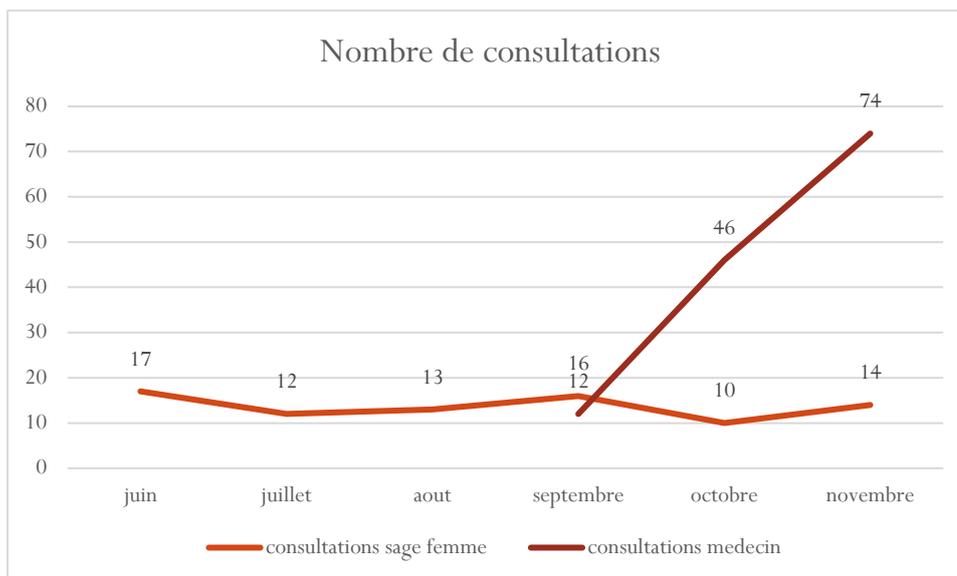
En tout 219 personnes ont participé à des ateliers ou rendez-vous.

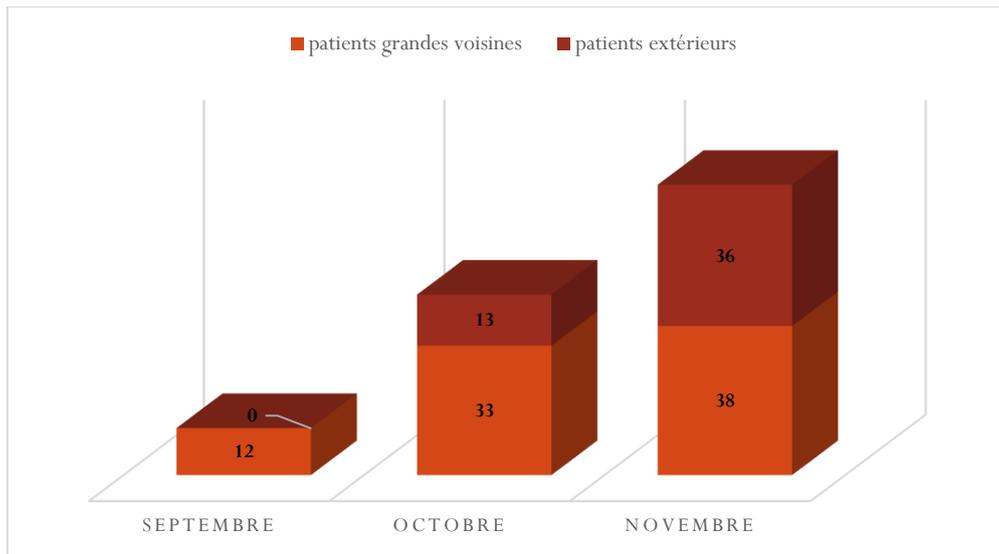


3.1.3 Les Rendez-vous planifiés avec les professionnels de santé

3.1.3.1 Médecin et sage-femme de la FDGL

Pour rappel le médecin est présent un jour par semaine et la sage-femme un jour toutes les deux semaines. En deux mois, 172 consultations ont été honorées.

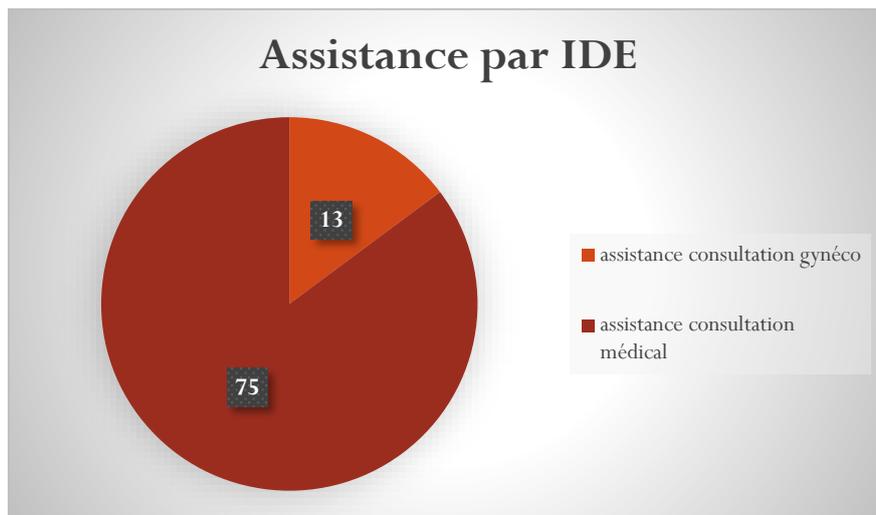


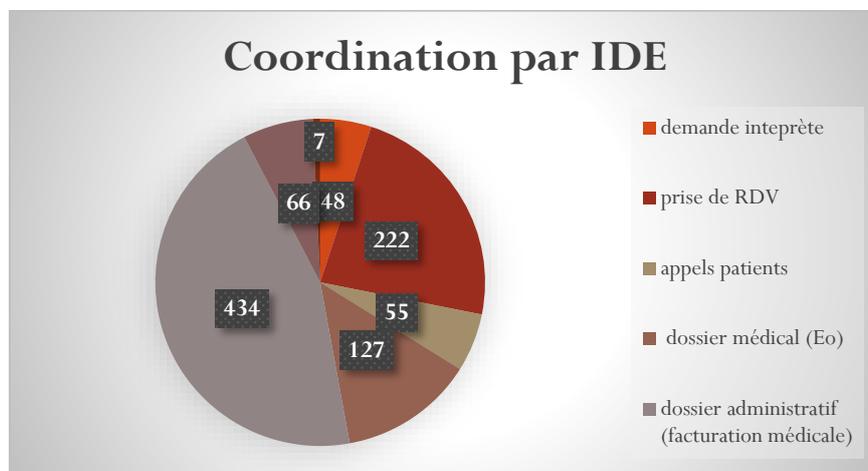
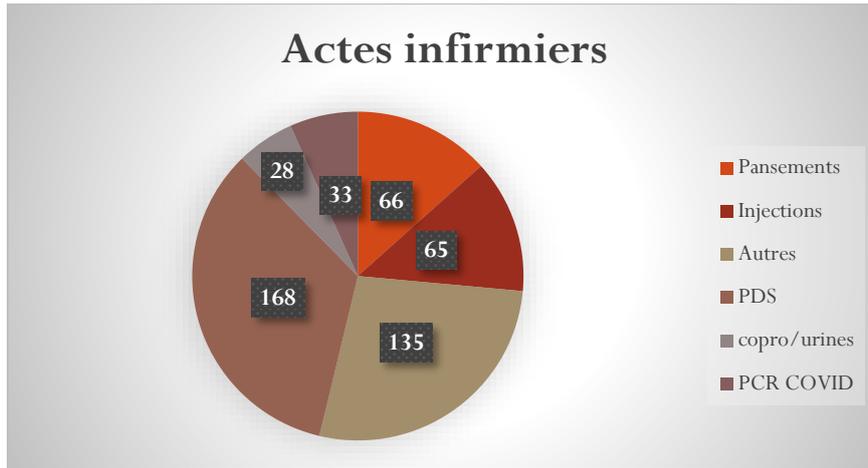


Nous constatons que la part des patients extérieurs qui fréquentent le Pôle est en progression constante.

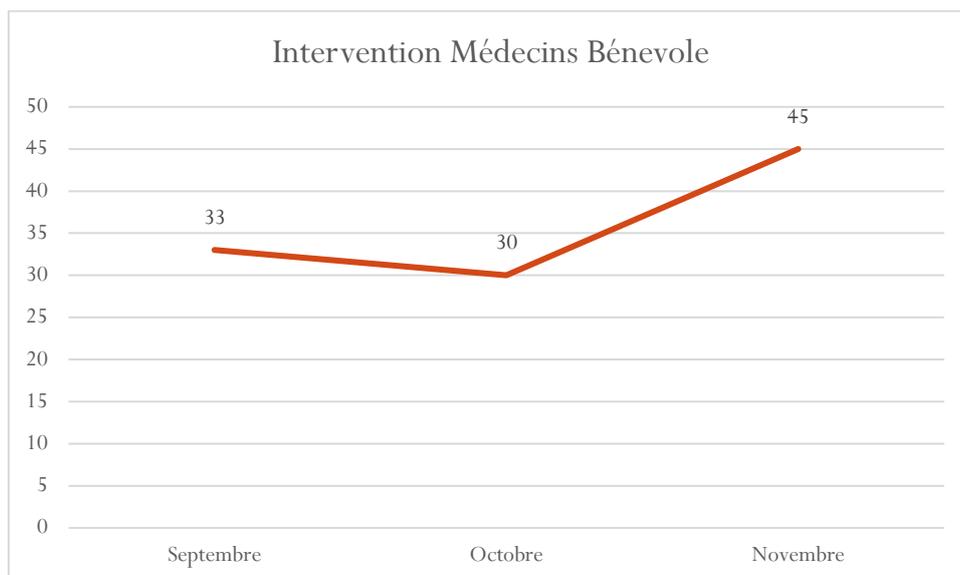
3.1.3.2 Le cabinet infirmier de la FDGL

L'IDE est présente tous les jours de la semaine, du lundi au vendredi. Son temps de travail est réparti entre de l'assistance à des consultations, des actes infirmiers et de la coordination qui représentent en tout 1542 actions.





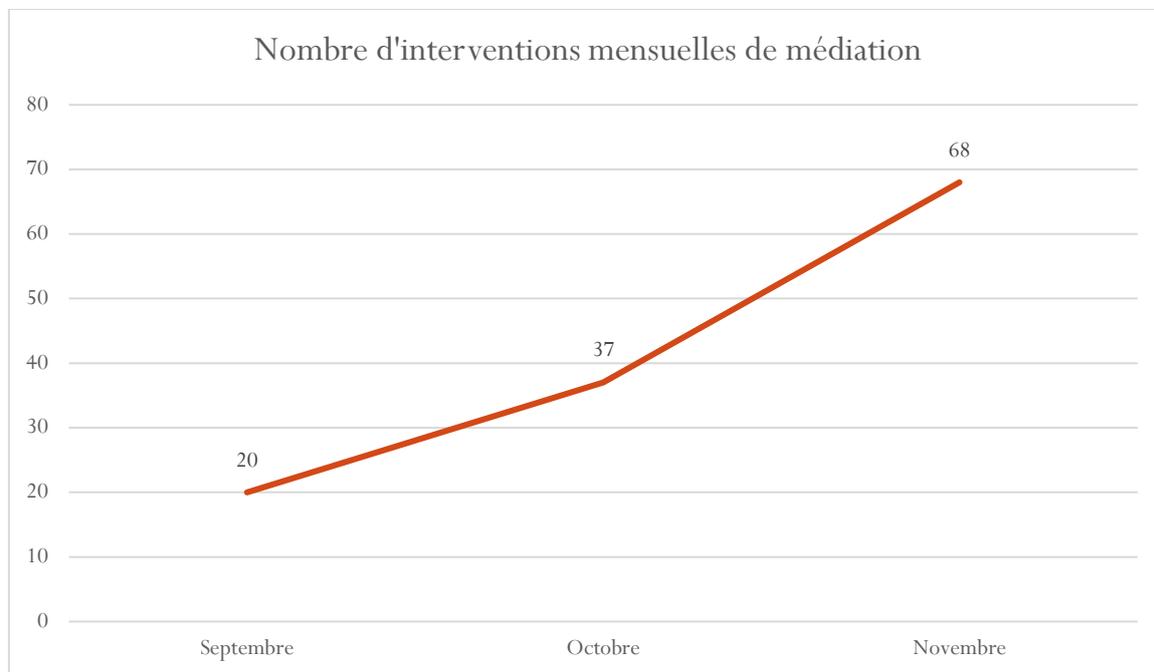
3.1.3.3 Les Médecins bénévoles présents une journée par semaine



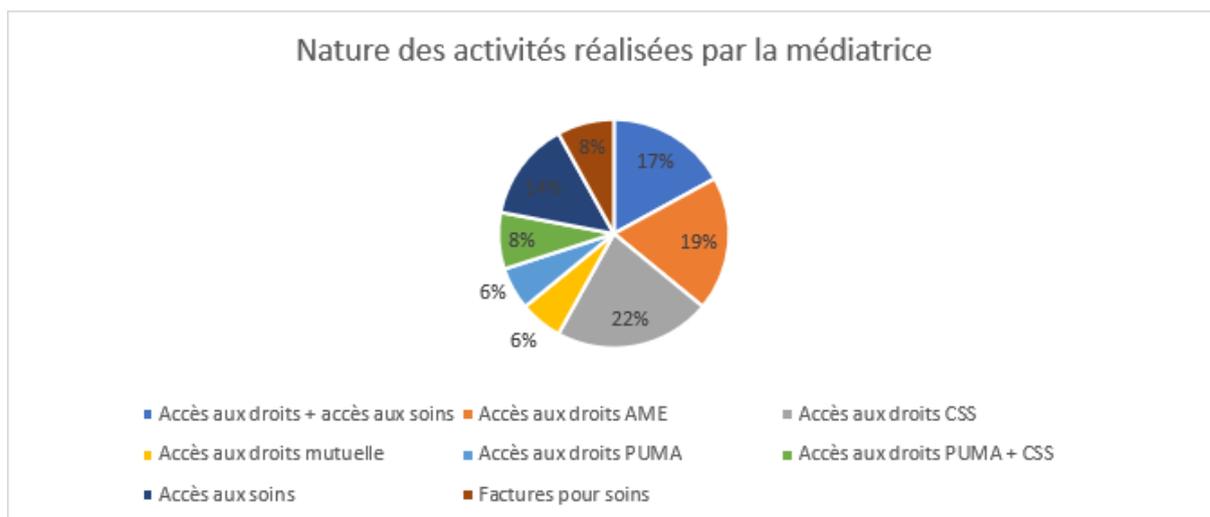
3.1.4 La médiatrice santé

La médiatrice santé est présente au sein du Pôle Santé Solidaire depuis septembre 2022.

Ses interventions mensuelles sont en constante augmentation depuis son arrivée.

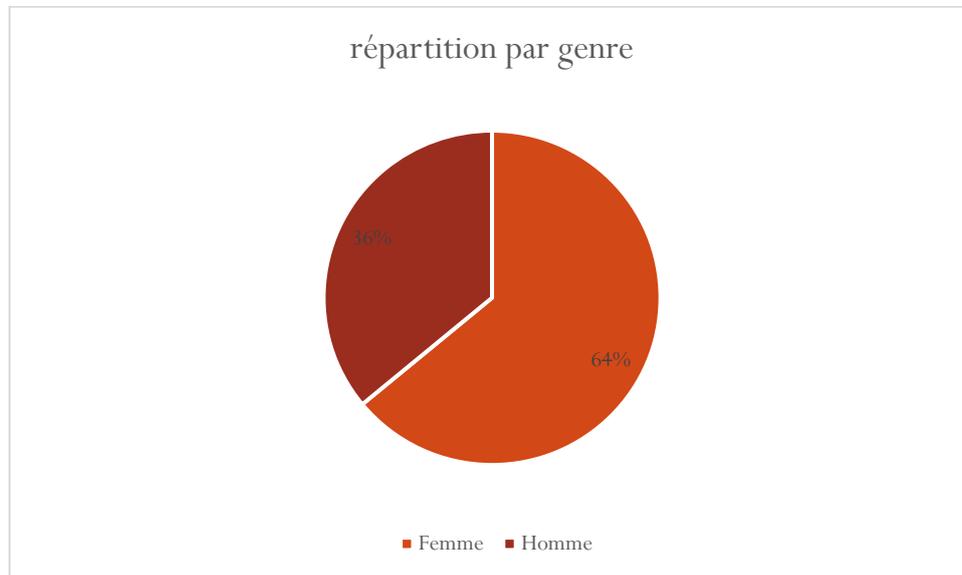


Une première évaluation de la nature des activités permet de constater qu'elle intervient de manière prépondérante pour faciliter l'accès aux droits et aux soins, principalement en ce qui concerne la CSS et l'AME, qui représentent à eux-seuls plus de 40% de ses activités.



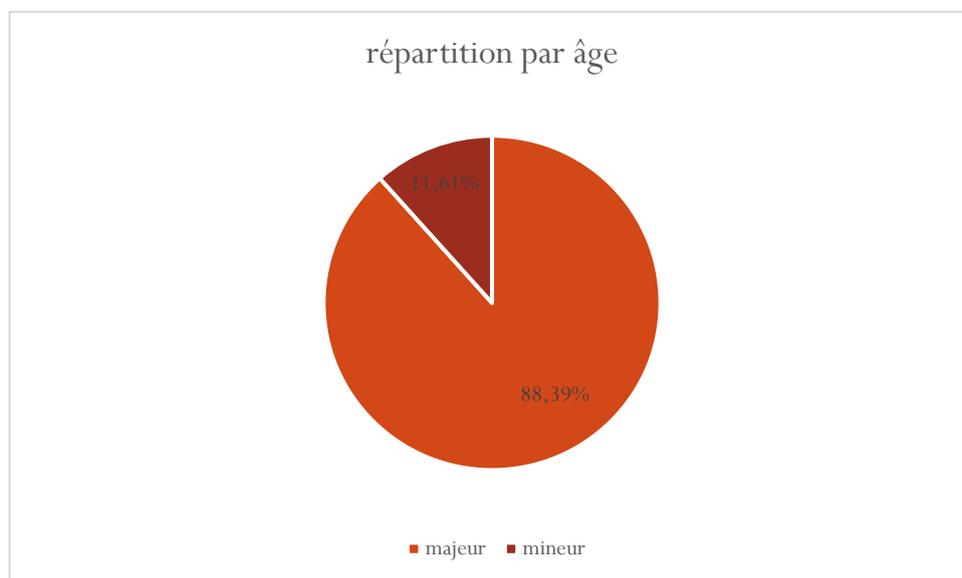
3.2 Caractéristiques des personnes accueillies au Pôle de Santé Solidaire

3.2.1 Le genre



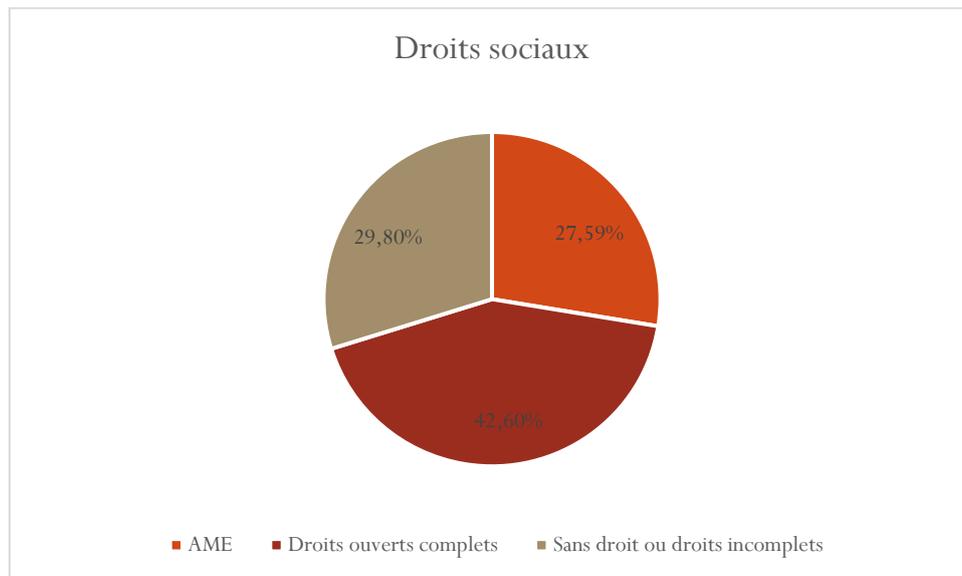
Ce qui s'explique en partie par le fait que deux des centres d'hébergement présents sur le site des Grandes Voisines sont dédiés aux femmes seules ou avec enfants.

3.2.2 L'âge



Une grande majorité sont des majeurs et les mineurs sont ceux hébergés sur le site.

3.2.3 La couverture sociale



Les personnes ont majoritairement des droits ouverts, la présence de la médiatrice santé permettra de renforcer encore cette part.

4 Bilan et perspectives

En s'implantant sur le tiers lieu, il s'agissait dans un premier temps de prévenir et de contourner les discriminations. Il s'agit d'un modèle innovant de centre de santé primaire qui fonctionne grâce à l'approche partenariale. Disposer d'un lieu dédié à la santé à proximité immédiate des personnes en grande précarité, semble propice à l'accompagnement en santé. Les activités proposées, combinant soins, prévention, médiation et orientation en santé améliorent la capacité de toute personne qui passe la porte du pôle à prendre en charge sa santé et aide à développer leur autonomie dans le système de santé.

Il faudra maintenant capitaliser sur cette expérimentation grâce notamment à la poursuite du travail de recherche lancé en 2022, faire réseau entre les acteurs de projets innovants (tiers lieu en santé ...) et continuer de proposer de l'information et de la formation sur le territoire, afin de contribuer à changer les pratiques professionnelles et améliorer l'accès aux soins des personnes stigmatisées et/ou discriminées.

Le Pôle santé été identifié, comme pouvant bénéficier du nouveau dispositif DRAP porté par Interface SDF, Ce dernier permet de déployer, un temps de psychologue qui pourra suivre dans la durée des personnes hébergées en lien avec les équipes socio-éducatives.

Afin de compléter l'accompagnement en santé mentale sur le Pôle santé, grâce à la fondation Bruneau, il sera proposé à un groupe de patients volontaires de créer un podcast sur le thème de la reconstruction. Cette action sera menée par un intervenant artiste confirmé via 12 ateliers. 12 ateliers hebdomadaires de 2h seront proposés. Visibiliser les invisibles du territoire

Enfin, l'enjeu essentiel de l'année 2023 sera de garantir la pérennité du financement du poste de coordinateur du Pôle Santé Solidaire, actuellement porté par le collectif d'entreprise engagées « L'entreprise des Possibles » jusqu'au mois de mars 2023 et seulement à titre expérimental. Ce poste est primordial pour la poursuite du service rendu par ce dispositif aussi bien pour l'ensemble des bénéficiaires du Tiers lieux Les Grandes Voisines que pour l'ensemble des territoires de l'ouest lyonnais.

Annexe : Bilan des actions prévention et de promotion de la santé

RESULTATS DES INDICATEURS DE PROCESSUS INSCRITS DANS LE DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION