Mélanie PINON, Avril 2018

Rapport final d'évaluation

Projet pilote « Soins en Santé communautaire pour des personnes particulièrement fragilisées »

Table des matières

Introduction 2

1. **Phase I du projet pilote (3 janvier au 30 mars 2017)** 3
   - 1.1 Evaluation de la Phase I 3
   - 1.2 Difficultés relevées et recommandations 4
   - 1.3 Bénéfices évalués de la Phase I du projet 4
   - 1.4 Atteinte des objectifs 5
   - 1.5 Conclusion de la Phase I du projet pilote 6

2. **Phase II du projet pilote (1er novembre 2017 au 3 avril 2018)** 7
   - 2.1 Retour sur la Phase I du projet menée du 3 janvier au 30 mars 2017 7
   - 2.2 Evaluation de la Phase II du projet 8
   - 2.3 Difficultés relevées et recommandations 10
   - 2.4 Bénéfices évalués de la Phase II du projet 10
   - 2.5 Atteinte des objectifs 11
   - 2.6 Eléments comparatifs entre la Phase I et de la Phase II du projet 14

En résumé 17

Conclusion 18

Rapport final 2018 Mélanie PINON

Introduction

Chaque hiver, dès mi-novembre, la Ville de Genève ouvre un dispositif d'accueil et d'hébergement d'urgence pour les personnes sans-abri. Ces individus sont fortement vulnérabilisés dans leur santé psychique et somatique. Les conditions de vie dans la rue affectant de manière notable l'état de santé et l'accès aux soins de ces personnes. Une intervention socio-sanitaire s'avère dès lors nécessaire.

Au regard de ces besoins, un projet pilote de consultation infirmière in situ a été mis en place afin d'assurer une prise en soin globale des personnes.

L'objectif premier mandaté était de répondre à un besoin sanitaire en termes d'hygiène relevé par l'équipe sociale.

Toutefois, d'autres besoins et objectifs ont été mis en évidence, déjà, par un rapport d'évaluation « le rapport Restellini » (2016) mené pendant la saison hivernale 2015-2016 et validé par la Ville de Genève. Les besoins évalués ont été énoncés comme suit :

- **Prodiguer des soins d'hygiène et de confort de la population cible**
- **Identifier des problématiques de santé et travailler en coordination avec le médecin et les dispositifs des soins**
- **Contribuer à une réduction des interventions du 144**
- **Dispensation de soins en fonction de l'évaluation clinique de l'infirmière**
- **Mettre en place des projets de promotion de la santé et d'éducation à la santé**

C'est sur cette base que s'est menée la première phase du projet pilote « Soins en Santé Communautaire pour des personnes particulièrement fragilisées » à l'abri de protection civile (PC) de Richemont du 3 janvier au 30 mars 2017.

Ce rapport, vise à mettre en évidence les interventions et le travail d'évaluation des besoins qui ont été menés, lors de la Phase I du projet (3 janvier au 30 mars 2017) puis de la Phase II (du 1er novembre au 3 avril 2018), à travers une récolte de données continues sur le terrain et un comparatif du projet sur ces deux périodes (Figure 1). Par conséquent, les bénéfices escomptés de ce projet sont une évaluation des besoins en santé, des actes spécifiques dispensés in situ, un relais vers le réseau de soins ainsi qu'une réduction des interventions du 144.

Figure 1:déroulement temporel du projet pilote

Rapport final 2018 Mélanie PINON

1. Phase I du projet pilote (3 janvier au 30 mars 2017)

1.1 Evaluation de la Phase I

Depuis l'ouverture des abris en novembre 2017, 23'319 nuitées ont été effectuées entre l'abri PC des Vollandes et celui de Richemont. 306 personnes de nationalités différentes ont été accueillies au sein de l'abri PC de Richemont sur tout le dispositif hivernal. Le temps de la Phase I du projet de soins en santé communautaire, 238 personnes ont été hébergées.

Les bénéficiaires, vus au moins une fois par les infirmières au cours des 3 mois, ont été au nombre de 103, soit un peu moins d'un bénéficiaire sur deux de la PC Richemont (43%). Parmi eux, 21 ont été vus 10 fois ou plus.

Lors de cette première phase :

- Entre 8 et 9 consultations par jour ont été effectuées, dont 77% ont été sollicitées par les bénéficiaires eux-mêmes.
- L'âge moyen des bénéficiaires venus consulter (47 ans) était plus élevé que celui de la totalité des bénéficiaires pour la même période (43 ans). Sans prise en compte des mineurs accueillis sur la période du 3 au 8 janvier.
- Les soins d'hygiène n'ont constitué qu'une minorité des prestations (3%), celles-ci étant réparties principalement entre les plaintes somatiques aigues (23%), les soins en santé mentale et psychiatrie (dont évaluations psychiques, entretiens, gestion de crise, soins psychiques) (29%) et le suivi (dont administration de traitements, surveillance des signes vitaux, suivi des maladies chroniques, actions de prévention et promotion de la santé) (44%).
- Cette répartition des prestations infirmières est restée relativement constante au cours des 3 mois du projet.
- Les prestations (Figure 2) sont répertoriées en nombre ; en les convertissant en temps octroyé, la part des soins en santé mentale et psychiatrie, en particulier le soutien psychique, participe à 35% du temps consacré à ces mêmes prestations (versus 29% du nombre).
- La proportion significative de « suivis » semble démontrer une plus-value de la proximité des infirmières et du lien de confiance établi également chez les personnes bénéficiant déjà d'un suivi médical régulier.

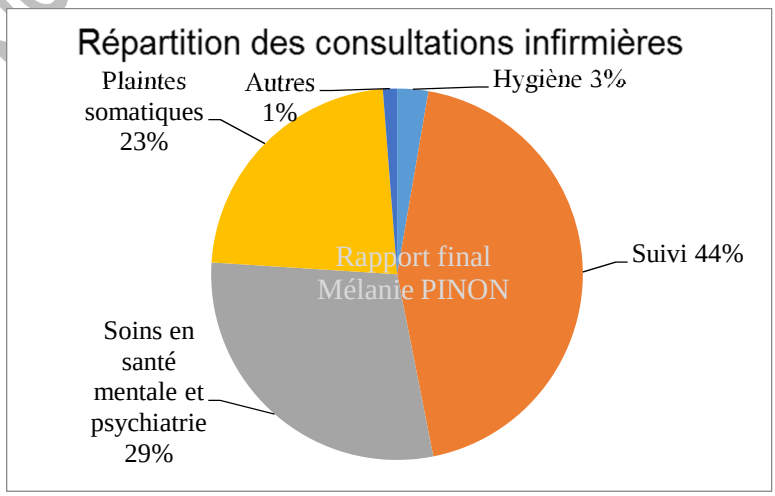

Figure 2: répartition par type de prestation des consultations infirmières du 3 janvier au 30 mars 2017

Rapport final 2018 Mélanie PINON

1.2 Difficultés relevées et recommandations

Au terme de cette première phase, les difficultés suivantes et recommandations y relatives ont été mises en évidence :

- Manque de visibilité par les autres acteurs du réseau de soins.
  Recommandations : Besoin d'une identification plus claire de l'existence d'une présence infirmière à l'abri PC de Richemont par le réseau médical et social ainsi qu'une insertion plus formelle dans ce dernier.

- Difficultés de collaboration avec le 144 et le service des urgences ainsi qu'une impuissance quant à certaines situations pour leur ancrage dans le réseau de soins.
  Recommandations : Mise en place de stratégies communes socio-sanitaires pour les situations complexes.

- Difficultés d'ancrage dans le réseau de soins et de réponse aux besoins face à des bénéficiaire ayant-droits français.
  Recommandations : Mise en place d'un réseau de collaboration et coordination avec le réseau français voisin.

1.3 Bénéfices évalués de la Phase I du projet

Les bénéfices relevés après évaluation de la Phase I ont été les suivants :

- Mise en place de nombreuses actions d'éducation thérapeutique et de promotion de la santé dans le cadre de bénéficiaires souffrant de diabète, hypertension, troubles cardio-vasculaires, affections respiratoires chroniques, etc.
- Mise en place d'une collaboration interdisciplinaire socio-médicale
- Espace de « répit » permettant l'expression de l'individualité pour les bénéficiaires dans le cadre de la consultation infirmière
- Accès direct aux soins « à domicile » pour les personnes sans-domicile
- Ancrage dans le réseau de soin de nombreux bénéficiaires sans suivi médical
- Evaluations pour les personnes souffrant de troubles psychiques, mise en place d'un espace de parole et d'un suivi en partenariat avec les acteurs du réseau de soins

Rapport final 2018 Mélanie PINON

1.4 Atteinte des objectifs

- **Prodiguer des soins d'hygiène et de confort de la population cible**

  La participation dans les soins d'hygiène au sens strict s'est finalement révélée minime une fois confrontée à la réalité du terrain : arrivées trop tardives des bénéficiaires (peu nombreux, n=2) les nécessitant, priorités définies ailleurs, y compris par l'équipe sociale de la PC. Quant aux problèmes dermatologiques, plusieurs ont pu être détectés à la PC de Richemont et pris en charge dans le réseau de soins. Des suspicions de gale ont également pu être investiguées, exclues ou traitées.

- **Identifier des problématiques de santé et travailler en coordination avec le médecin et les dispositifs des soins**

  La collaboration et la communication avec la Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires (CAMSCO) en particulier, prenant en charge bon nombre des bénéficiaires, s'est faite naturellement et mutuellement.

  Concernant les bénéficiaires hospitalisés au sein des HUG, la plupart du temps, un terrain favorable à la communication a été trouvé lors de la sollicitation des services concernés.

  De plus, la documentation effectuée sur le dossier patient informatisé (DPI) a également permis de communiquer de manière efficiente sur les dossiers de différents bénéficiaires avec les différents partenaires du réseau HUG.

  Des circonstances plus difficiles ont concerné principalement les services d'urgence, comme mentionné plus haut, ainsi que les personnes hospitalisées en France, n'étant pas en contact avec le réseau français.

- **Contribuer à une réduction des interventions du 144**

  Sur la période du 1er novembre 2016 au 3 janvier 2017, avant le début du projet, **19 interventions** du 144 ont été recensées.

  Par la suite, avec l'arrivée des infirmières à l'abri PC de Richemont, sur la période allant du 3 janvier au 30 mars, **12 interventions du 144 ont eu lieu dont 5** sur l'horaire de présence infirmière (19h15 à 00h).

  Ainsi, **une réduction de 37%** a été constatée.

- **Dispensation de soins en fonction de l'évaluation clinique de l'infirmière**

  A travers une évaluation clinique infirmière, des réponses aux besoins en santé des bénéficiaires ont pu être apportées mais également, à plusieurs reprises, l'infirmière a pu initier l'adhésion de la personne dans le réseau de soins.

  Le matériel nécessaire était également à disposition pour répondre aux différents besoins de soins. De plus, l'abri PC a pu mettre à disposition une pièce afin que l'intimité et la confidentialité puissent être préservées lors des consultations et entretiens.

  L'évaluation clinique infirmière a concerné tant le niveau somatique (statut cardio-vasculaire, thoracique, abdominal, etc.) que psychique (statut mental, évaluation du risque suicidaire, etc.)

Rapport final 2018 Mélanie PINON

- **Mettre en place des projets de promotion de la santé et d'éducation à la santé**.
  La configuration des abris d'urgence constitue en elle-même un challenge face à cet objectif, en particulier pour les bénéficiaires présentant des comportements à risque.

  En effet, si des actions d'éducation et de promotion de la santé ont pu être mises en place pour de nombreux bénéficiaires souffrant de maladies chroniques (diabète, HTA, VIH, etc.), cet objectif s'est révélé difficile à aborder pour les personnes ayant des comportements à risque en lien avec la consommation d'alcool ou d'autres substances. En effet, les horaires de présence ne permettaient de répondre adéquatement à ce type d'entretiens, puisque ces personnes arrivaient à l'abri dans un état de conscience altérée, du fait de l'ingestion d'alcool ou d'autres substances toxiques.

1.5 Conclusion de la Phase I du projet pilote

En conclusion, tout le bénéfice d'une intervention infirmière sur l'abri de PC Richemont a pu être remarqué. Les bénéficiaires ont montré une pluralité de besoins somatiques et psychiques que la présence infirmière a permis de combler en partie, soit par une réponse directe soit par l'aide à l'adhésion au réseau de soins genevois.

Rapport final 2018 Mélanie PINON

2. Phase II du projet pilote (1er novembre 2017 au 3 avril 2018)

2.1 Retour sur la Phase I du projet menée du 3 janvier au 30 mars 2017

Lors de la phase I du projet un total de **734 consultations** a été effectué dont (Figure 2) :

- **3% de soins d'hygiène**
- **23% de plaintes somatiques aigues**
- **29% de soutien psychique et relation d'aide**
- **44% de suivi des maladies chroniques**

Lors de la première phase du projet, plusieurs recommandations ont été mises en avant en vue de la Phase II afin de remédier aux difficultés rencontrées. Dès novembre 2017, il y a été répondu positivement de la façon suivante :

- Concernant **le manque de visibilité** par les autres acteurs du réseau de soins, des réunions de réseau ainsi qu'une présentation du projet au colloque cadre des HUG ont été effectuées. Ainsi, dès l'ouverture des abris, les acteurs du réseau de soin ont identifié les infirmières comme partenaires de collaboration. De plus, une collaboration plus efficace avec le 144 et le service des urgences a également été mise en place et s'est montrée plus qu'efficiente.
- Concernant **les stratégies socio-sanitaires communes pour les situations complexes**, celles-ci se sont vues fortement améliorées par la réponse amenée au manque d'identification dans le réseau.
- A travers différentes prises de contact avec les hôpitaux du **réseau français frontalier** et réunions de réseau, une collaboration efficace a été instaurée, permettant ainsi d'orienter et d'inscrire dans le réseau de soins frontalier les bénéficiaires ayant droits français en apportant une réponse à leurs besoins en santé.

Rapport final 2018 Mélanie PINON

2.2 Evaluation de la Phase II du projet

Entre **le 1er novembre et le 3 avril 2018**, 12'019 nuitées ont été effectuées. L'abri PC de Richemont a accueilli et hébergé 332 personnes.

1874 consultations ont eu lieu sur cette période. Au 3 avril 2018, les bénéficiaires, vus au moins une fois par les infirmières sont au nombre de **208**. Soit un peu plus de trois bénéficiaires sur cinq (63% des bénéficiaires accueillis). Parmi lesquels, **23 ont été vus 10 fois ou plus.**

Une moyenne de **12 consultations** par soir a été effectuée, d'une durée moyenne de **15 minutes**.

Ces différents éléments sont recensés dans le Tableau 1, ci-dessous.

	Novembre[1]	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Total
Nombre total de consultation	**185**	**349**	**408**	**453**	**451**	**28**	**1874**
Temps moyen par consultation (minutes)	17	16	15	15	14	13	**15**
Nombre moyen de consultations	6.2	11.3	13.2	16.2	14.5	9.3	**11.8**
Nombre de patients différents vus (NC)	38	87 (67)	86 (36)	93(31)	84(35)	21(1)	**208**
Nombre de patients différents vus ≥ 10x (NC)	4	9 (6)	14 (5)	17(3)	16(5)	0	**23**
Age moyen							**44**
Nombre d'appels 144 sur présence infirmière	2	3	2	5	3	0	**15**

Tableau 1 : répartition des consultations du 1er novembre 2017 au 3 avril 2018

[1] Du 1er au 15 novembre seul un maximum de 50 bénéficiaires (les plus vulnérables) était accueilli à l'abri PC de Richemont, le dispositif hivernal prenant officiellement effet le 15 novembre.

Les consultations ont concerné les types de soins suivants (Figure 3) **:**

- **Réponse aux plaintes somatiques (24%) :** douleurs, syndromes grippaux, troubles digestifs, troubles oculaires, problèmes dentaires.
- **Soins d'hygiène (0%)** : soins d'hygiène de base
- **Suivi (46%)** : administration de traitements, surveillance des signes vitaux, suivi des maladies chroniques, suivi de bénéficiaires en collaboration avec le réseau, actions de prévention et promotion de la santé, mise en place d'un suivi, etc.
- **Soins en santé mentale et psychiatrie (27%) :** évaluations psychiques, entretiens, soutien psychique, gestion de crise, troubles du sommeil, contrats de confiance avec les personnes consommatrices de substances, etc.
- **Autres types de soins (3%) :** vaccinations, entretiens d'orientation, autres demandes que citées ci-dessus.

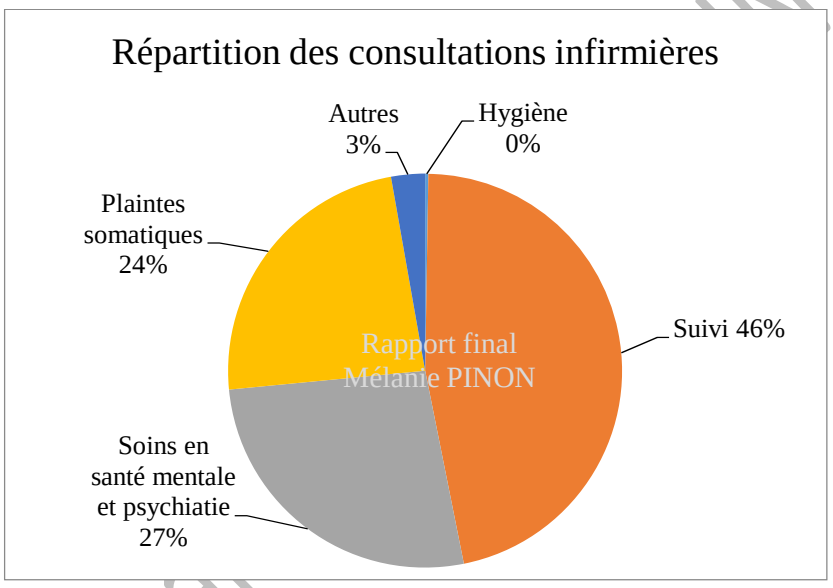

Figure 3: répartition par type de prestation des consultations infirmières sur la période allant du 1er novembre au 3 avril 2018

Rapport final Mélanie PINON

2.3 Difficultés relevées et recommandations

Au terme de cette deuxième phase de projet, les difficultés suivantes et recommandations y relatives ont été mises en évidence :

- Une difficulté à la coordination des soins avec le réseau a été constaté en raison des horaires de présence des infirmières et des horaires d'ouverture des différents services.
  Recommandation : Prévoir un temps de coordination hors-soin sur une journée pour les infirmières de l'abri.

- Certaines situations de bénéficiaires ont été très complexes sur la phase II du projet. En raison du secret médical, certains éléments ne pouvaient être discutés lors des supervisions avec l'équipe sociale et auraient nécessité une relecture collective.
  Recommandation : Mettre en place des séances (suggestion d'une fois par mois) d'analyse de la pratique afin de permettre une réflexion autour des situations complexes et ainsi favoriser une cohérence des pratiques.

2.4 Bénéfices évalués de la Phase II du projet

Les bénéfices relevés après évaluation de la Phase II rejoignent ceux émis lors de la Phase I du projet :

- Mise en place de nombreuses actions d'éducation thérapeutique et de promotion de la santé dans le cadre de bénéficiaires souffrant de diabète, hypertension, troubles cardio-vasculaires, affections respiratoires chroniques, etc.
- Mise en place d'une collaboration interdisciplinaire socio-médicale
- Espace de « répit » permettant l'expression de l'individualité pour les bénéficiaires dans le cadre de la consultation infirmière
- Accès direct aux soins « à domicile » pour les personnes sans-domicile
- Ancrage dans le réseau de soin de nombreux bénéficiaires sans suivi médical
- Evaluations pour les personnes souffrant de troubles psychiques, mise en place d'un espace de parole et d'un suivi en partenariat avec les acteurs du réseau de soins

L'accès direct aux soins et l'ancrage des bénéficiaires dans le réseau de soins sont les bénéfices les plus manifestes en raison du nombre de consultations effectuées mais également du fait que, sur les deux phases du projet, 64 personnes non-connues du réseau de soin ont pu y adhérer.

Rapport final 2018 Mélanie PINON

2.5 Atteinte des objectifs

- **Prodiguer des soins d'hygiène et de confort de la population cible**
  Une réduction importante des soins d'hygiène a été constatée sur la saison hivernale 2018. La diminution de ce type de prestations peut s'expliquer par deux raisons :

  - La première étant l'inscription de cette prestation au cahier des charges des aides–éducateurs.
  - La deuxième concerne les bénéficiaires eux-mêmes ; en effet, les deux personnes qui bénéficiaient principalement de cette prestation l'année passée étaient absentes cette saison.

  Sur la saison hivernale 2017-2018, les soins d'hygiène ont plutôt concerné des stimulations à la douche ou ont été inscrites dans des actions de prévention.

- **Identifier des problématiques de santé et travailler en coordination avec le médecin et les dispositifs des soins**
  La collaboration instaurée avec la Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires (CAMSCO) s'est poursuivie de manière efficiente, ainsi qu'avec le dispositif du réseau de soins genevois. A travers une documentation du dossier patient informatisé (DPI) et des échanges directs avec les différents partenaires du réseau HUG, une collaboration et une coordination efficaces ont été mises en place.

  Ont demeuré toutefois des difficultés quant à la collaboration avec l'équipe mobile de psychiatrie, compte tenu des impératifs horaires des infirmières de l'abri et de celles de l'équipe mobile.

  Des difficultés de collaboration ont également été relevées concernant les bénéficiaires présentant des troubles psychiques. Cependant, un partenariat a pu être mis en place avec le CAPPI Eaux-Vives et avec la psychiatre de la CAMSCO pour le suivi des bénéficiaires souffrant de troubles psychiques.

  Une coopération efficace avec des médecins traitants privés a également eu lieu dans le suivi de plusieurs bénéficiaires.

  De plus, un partenariat avec le réseau de soins français frontalier est également actif à ce jour, pour plusieurs bénéficiaires.

  Le partenariat avec l'Unité Mobile d'Urgences Sociales (UMUS), a permis une gestion efficace et une organisation efficiente pour la prise en charge de plusieurs situations complexes.

  La présence infirmière au sein de l'abri PC a également permis la coordination d'actions pour plusieurs situations en partenariat avec le service de protection de l'adulte (SPAD) ou encore en avec des associations telles que le Centre Social Protestant, Caritas, Aspasie, Sos-femmes, etc.

Rapport final 2018 Mélanie PINON

- **Contribuer à une réduction des interventions du 144**

  Lors de la saison hivernale 2016-2017, 19 interventions du 144 ont eu lieu entre le 1er novembre 2016 et le 3 janvier 2017. Dès le 3 janvier (arrivée des infirmières à l'abri PC) et jusqu'au 30 mars 2017, 12 interventions ont eu lieu dont 5 sur les horaires de présence infirmière. Aboutissant ainsi à un total de **31 interventions** réalisées au sein de l'abri PC de Richemont.

  Cette saison, du 1er novembre 2017 au 3 avril 2018, **27 interventions** du 144 ont lieu, dont 15 sur présence infirmière. Toutefois, il est à noter dans ces dernières que :

  - **5 interventions** ont eu lieu en raison de la mise en place d'un protocole pour l'hospitalisation en psychiatrie d'un bénéficiaire.
  - **1 intervention** a été effectuée pour un patient en fugue de Belle-Idée pour lequel une recherche active était lancée.
  - **1 intervention** était imposée par une ordonnance judiciaire en vue d'une hospitalisation en PAFA (Placement à des fins d'assistance).

  En tenant compte de toutes les interventions, **une réduction de 13 %** est tout de même constatée.

  Cependant, si l'on tient compte uniquement des interventions sollicitées dans le cadre d'urgences par l'abri pc de Richemont, seules 21 interventions ont été demandées. **Ainsi une réduction de 33% est observée.**

  Dans la Figure 4 ci-dessous, est décrite l'évolution des interventions du 144 sur les différentes périodes du projet.

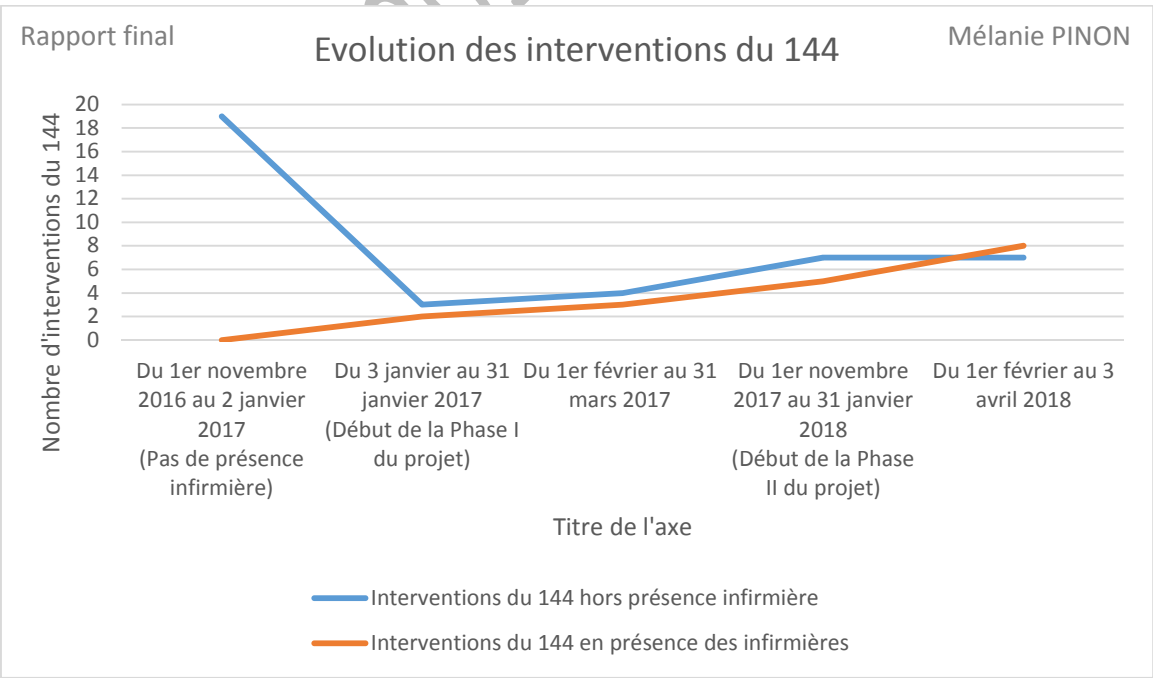

Figure 4: nombre d'interventions du 144 en fonction des périodes

2018 Mélanie PINON

- **Dispensation de soins en fonction de l'évaluation clinique de l'infirmière**
  A travers leur évaluation clinique, les infirmières ont pu répondre aux besoins en santé des bénéficiaires de l'abri PC et les inscrire ou orienter dans le réseau de soin.

  Les situations de soins ont été, cette saison, plus complexes que la saison passée, ce qui peut s'expliquer par une augmentation du nombre de bénéficiaires demandeurs de soins, par la péjoration de leur état due aux conditions de vie dans la rue mais également par un accroissement du nombre de personnes présentant des troubles psychiques.

  Ces situations complexes ont nécessité une collaboration importante avec le réseau socio-sanitaire romand afin de mettre en place des soins et un suivi de qualité.

  Pendant la phase I du projet, sur 103 bénéficiaires vus en consultation **20 personnes étaient non connues du réseau de soins genevois et ont pu y adhérer**. 25 autres personnes non connues du réseau ont consulté à l'abri PC mais n'ont pas adhéré au réseau.

  Pendant la phase II du projet, sur 208 bénéficiaires, **44 personnes non connues du réseau de soins ont pu être dirigées vers celui-ci et y adhérer**. 24 autres ont bénéficié de la consultation sans être connus du réseau et sans adhésion à celui-ci.

- **Mettre en place des projets de promotion de la santé et d'éducation à la santé**.
  Plusieurs actions de promotion de la santé et d'éducation à la santé ont été mis en place auprès des bénéficiaires de l'abri tant au niveau des maladies chroniques, que de la santé sexuelle ou encore de la prévention des risques.

  La mise en place de contrats de confiance avec les personnes consommatrices de substances a permis de pallier aux difficultés rencontrées les saisons précédentes avec ces bénéficiaires, tout en assurant une politique de réduction des risques.

  Un travail de prévention secondaire et tertiaire a également été effectué auprès des bénéficiaires à travers des dépistages mais aussi auprès de ceux souffrant de maladies chroniques afin de mettre en place des stratégies thérapeutiques précoces permettant d'éviter des conséquences néfastes dues à la survenue d'une maladie (risques cardio-vasculaires, risques de complications liés au diabète, etc.).

Rapport final 2018 Mélanie PINON

2.6 Eléments comparatifs entre la Phase I et de la Phase II du projet

- **Concernant le nombre de consultations :**

Lors de la phase I (3 janvier 2017 au 30 mars 2017), 734 consultations ont eu lieu. Sur la même durée, cette saison, 942 consultations avaient été réalisées, marquant ainsi déjà une augmentation du nombre de consultations de 28%.

Sur l'intégralité de la phase II du projet, 1874 consultations ont été effectuées.

Une forte augmentation du nombre de consultation entre les deux phases du projet est ainsi mise en évidence.

La Figure 5 montre cette augmentation. (Le mois d'avril étant non significatif en raison de la fermeture de l'abri au 3 avril.)

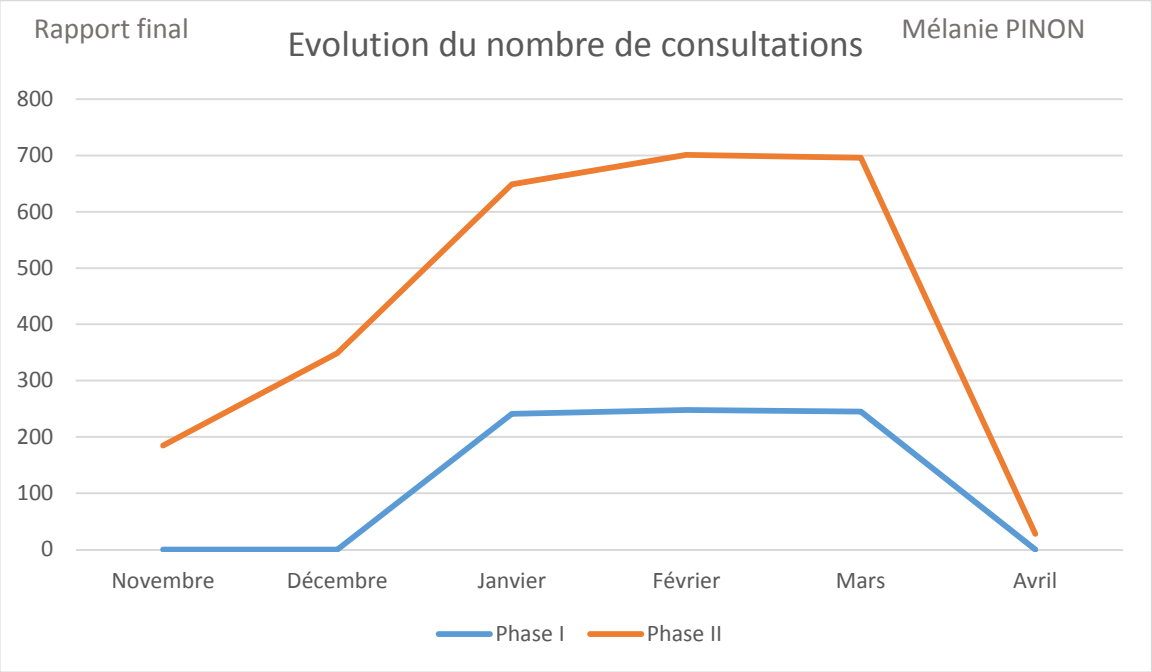

Figure 5: évolution du nombre de consultations sur les périodes hivernales 2016-2017 et 2017-2018

Plus concrètement, on constate :

- Entre janvier 2017 et janvier 2018, une augmentation du nombre de consultations de **69%.**
- Entre février 2017 et février 2018, une augmentation du nombre de consultations de **82%**
- Entre mars 2017 et mars 2018, une augmentation du nombre de consultations de **84%.**

Rapport PINON

- **Concernant le nombre de bénéficiaires prestataires de soins :**

  Sur la première phase du projet, 103 bénéficiaires sur 238 accueillis (43%) ont bénéficié de la consultation.

  Sur cette deuxième phase, 208 bénéficiaires sur 332 accueillis (63%) ont bénéficié de la consultation.

  Ainsi, **une augmentation de 20% de la fréquentation de la consultation** est constatée par rapport à la première phase du projet. La Figure 6 ci-dessous détaille l'évolution du nombre de bénéficiaires ayant consulté sur les deux phases du projet.

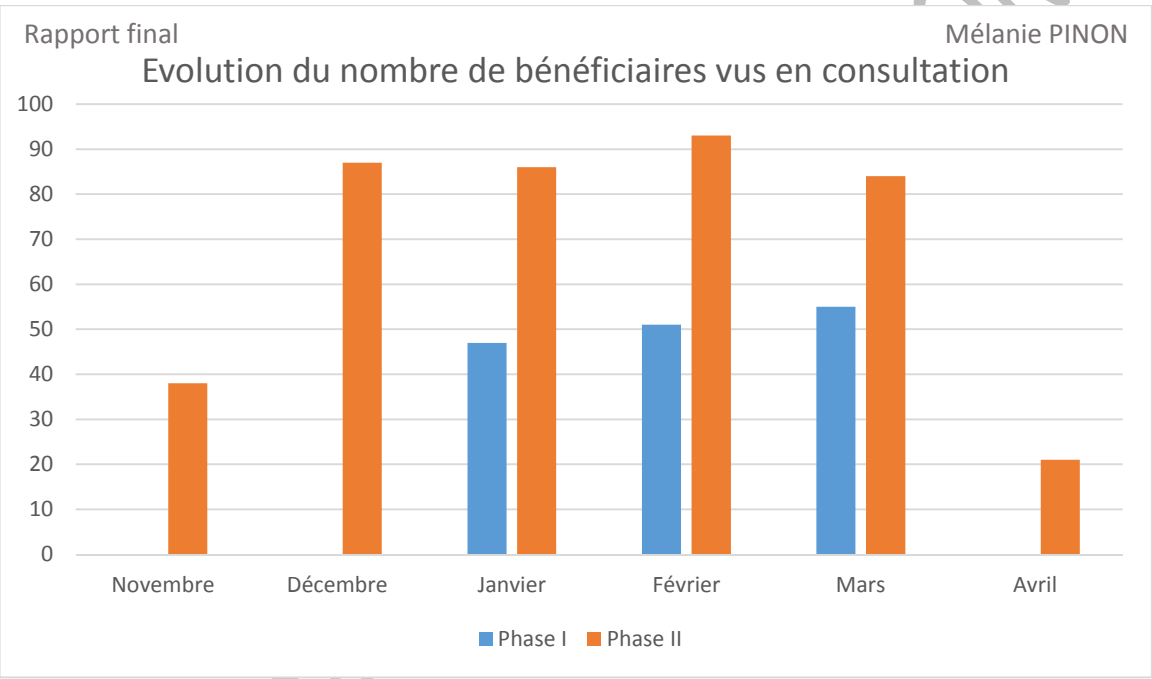

Figure 6: comparatif du nombre de bénéficiaires vus entre les deux saisons du projet

Rapport final

- **Concernant le type de prestations effectuées :**

La variation entre la Phase I et la Phase II du projet sont décrites dans la Figure 7 ci-dessous :

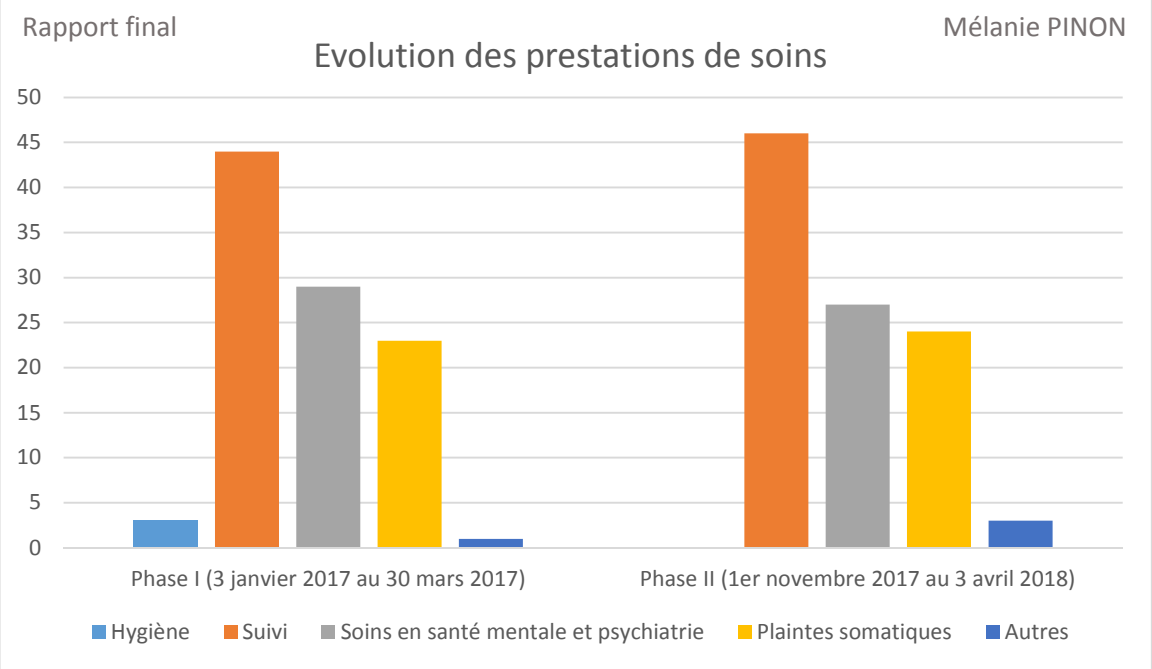

Figure 7: évolution des prestations de soins sur les deux phases du projet (%)

A travers cette Figure comparative, les constats suivants peuvent être émis :

- **une réduction significative** des prestations du type « Soins d'hygiène ».
- **une augmentation des prestations du type « Suivis »** qui s'explique par l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques, la détection de celles-ci et la mise en place de protocoles de soins y relatifs.
- **une légère diminution des prestations du type « Soins en santé mentale et psychiatrie »** entre la première phase et la deuxième. En effet, le constat a été fait que la présence infirmière permettait souvent de désamorcer une crise (diminuant ainsi les prestations du type gestion de conflits) et d'apaiser les personnes souffrant de troubles psychiques et, par conséquent, d'éviter des décompensations grâce à la contenance amenée par la simple présence soignante.
- **les plaintes somatiques** sont restées constantes tout au long du projet.
- **les prestations du type « Autres »** se sont vues augmentées sur la deuxième phase en raison, entre autres, de la campagne de vaccination contre la grippe effectuée cette année par les infirmières de la PC de Richemont.

Rapport final 2018 M

En résumé

Sur l'intégralité du projet (Phase I et Phase II) :

- **2'608 consultations** ont été effectuées ; une moyenne **d'environ 11 consultations par soir.**
- **292 personnes** ont bénéficié des consultations à l'abri PC de Richemont.
- **Une moyenne de 10 consultations** par mois a été effectuée par téléphone pour l'abri des Vollandes.
- **64 bénéficiaires** de la PC de Richemont ont pu être inscrits dans le réseau de soins genevois.
- Les consultations ont été réparties selon les types de prestations décrits dans la Figure 8 ci-dessous.

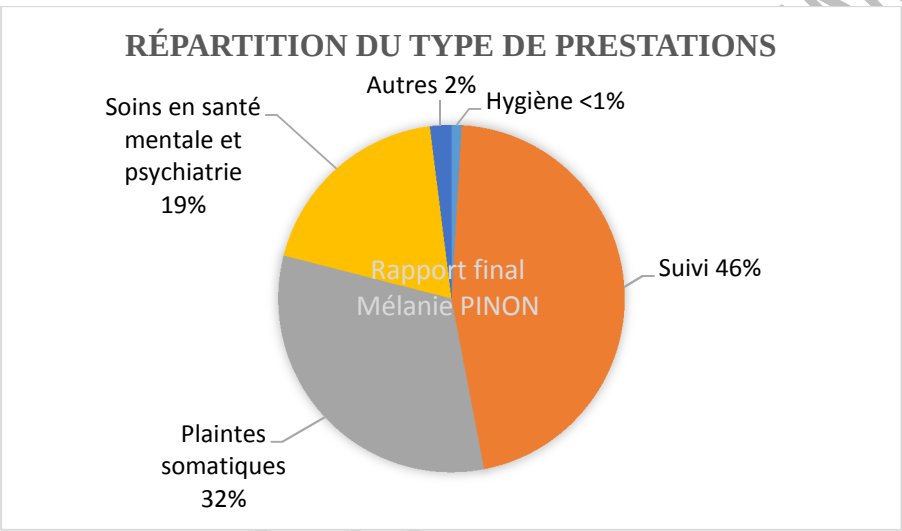

Figure 8: répartition des consultations en fonction du type de prestations sur l'intégralité du projet pilote

Le projet pilote « Soins en Santé communautaire pour des personnes particulièrement fragilisées » a permis :

- d'aboutir à une diminution importante des interventions du 144.
- de dépister, détecter, orienter et inscrire les bénéficiaires dans le réseau de soins.
- de mettre en place de nombreuses actions de prévention et promotion de la santé.
- d'assurer une potentialisation de la collaboration dans le réseau socio-sanitaire et de la coordination des soins pour les personnes sans-abris.

Rapport final 2018 PINON

Conclusion

Au regard de ce rapport et des résultats du projet pilote, plusieurs constats peuvent être émis.

Les deux phases de ce projet ont permis de constater, qu'il existe **une péjoration de l'état de santé des bénéficiaires et une augmentation des situations de soins complexes** dues aux conditions de vie dans la rue pendant les périodes hors saison hivernale.

Conjointement l'évolution positive de leur état santé pendant leur prise en soin à l'abri PC et l'inscription de certaines personnes non-connues dans le réseau de soin permettent de répondre aux besoins en santé des bénéficiaires.

L'**augmentation du nombre de consultations** peut s'expliquer

- par une meilleure identification des infirmières par les bénéficiaires,
- par l'optimisation de la collaboration avec les clubs sociaux et l'abri PC des Vollandes pour le transfert de bénéficiaires présentant des besoins en santé,
- par une péjoration de l'état de santé de nombreux bénéficiaires.

Le présent projet s'inscrit dans une politique socio-sanitaire plus large, de prévention et de promotion de la santé. Les évaluations cliniques infirmières apportent concrètement une réponse aux besoins en santé des personnes sans-abri.

Ce projet démontre que l'accueil de type bas seuil et la consultation infirmière à l'abri PC de Richemont permettent de:

- diminuer les inégalités sociales de santé,
- détecter précocement et prévenir les risques d'atteinte à la santé,
- limiter l'impact et les comorbidités liées à une non prise en soin des maladies chroniques somatiques et psychiques,
- contribuer à l'augmentation du bien-être psychique des bénéficiaires,
- orienter, inscrire et faciliter l'accès des personnes sans-abri au réseau de soins.

Les résultats de ce projet pilote plaident en faveur de la pérennisation de cette prestation afin de poursuivre l'impulsion lancée depuis janvier 2017 et ainsi garantir le droit fondamental de toute personne à avoir un accès aux soins et une réponse à ses besoins en santé.

Rapport final 2018 Mélanie PINON