

Rapport d'activité

2025

Pour tous les citoyens
et toutes les associations

Introduction	3
1. Présentation du service	4
2. 2025 dans les grandes lignes	5
2.1. Faits marquants	5
2.2. Ressources humaines	5
2.2.1. Une équipe pluridisciplinaire	5
2.2.2. Des formations réalisées tout au long de l'année	5
2.3. Évaluation	6
2.3.1. Evaluation qualitative	6
2.3.2. Evaluation quantitative	7
3. Le public accompagné	7
3.1. Les nuitées	7
3.2. Typologie des personnes accompagnées en 2025	7
3.2.1. Sexe / âge (cumul sur l'année)	8
3.2.2. Nationalité des résidents	8
3.2.3. Situation administrative des résidents à l'entrée dans le dispositif	9
3.2.4. Ressources des résidents à l'entrée dans le dispositif	9
3.2.1. Droits à la protection sociale des résidents à l'entrée dans le dispositif	9
4. L'accompagnement	10
4.1. Organisation de l'équipe et modalités d'accompagnement	10
4.1.1. L'accompagnement au quotidien	10
4.1.2. L'accompagnement et la coordination sociale	11
4.1.3. L'accompagnement et la coordination médicale	11
4.1.4. L'accompagnement se poursuit la nuit	12
4.2. Outils de la loi 2002.2 et leur mise en œuvre	13
4.3. Les entrées	13
4.3.1. La commission parcours complexe	14
4.3.1. Une rencontre du patient avant l'admission	14
4.3.2. Motifs de l'accueil	15
4.3.1. Orientations des entrées effectuées	15
4.4. Les sorties	16
4.5. Durée de séjour des personnes prises en charge sortant du dispositif	19
5. Partenaires spécifiques et financiers	19
6. Paroles d'un résident	22
7. Conclusions et perspectives	22

Introduction

La Pension Sociale Hospitalière (PSH) a ouvert ses portes en décembre 2024 au sein d'un étage de l'hôpital Pierre Garraud mis à disposition par les HCL. Le projet dans son ensemble est co-porté par l'association Alynea et les HCL, avec le soutien financier de l'ARS.

L'objectif global est de permettre à des patients privés de domicile adapté et maintenus en hospitalisation, d'être accueillis au sein d'une unité collective, permettant à la fois de répondre aux besoins en santé persistant et de rechercher une solution d'habitat pérenne via un accompagnement social individualisé.

1. Présentation du service

Etablissement	Pension Sociale Hospitalière
Adresse	136 Rue commandant Charcot - 69005 Lyon
Nom de l'organisme gestionnaire	ALYNEA
Statut de l'organisme gestionnaire	Association loi 1901
Téléphone	0478501605
Email	siege@alynea.org
Nom du directeur général	Philippe Imbert
Pôle de rattachement	Pôle Inclusion - Santé
Nom du directeur de pôle	Atlandide Merlat
Nom de la cheffe de service	Hélène Quissol
N° Finess	
Type d'établissement	
Convention collective	Nexem
Date de création de la structure	2024

Chiffres clefs	2025
Capacité d'accueil	Nbre de places sur le dispositif : 15 Augmentation du nombre de place sur le dernier trimestre : + 3 places, soit 18 places au total
Mode d'hébergement	Chambre individuelle avec sanitaire et douche / Repas compris dans la prise en charge
Public cible	Public en situation de précarité, sans solution d'hébergement adaptée, à la sortie de l'hospitalisation
Orientation	HCL
Nbre de personnes accompagnées en 2025	47
Nbre de sorties (en nombres de personnes)	29
Taux d'occupation	92% TO calculé sur la base de 15 places.
Financeurs	ARS, HCL, Entreprise des Possible, Fondation Petits Frères des Pauvres, AGIRC ARRCO, Métropole de Lyon
Durée moyenne de séjour au 31.12.2025	128 jours, soit environ 4 mois
Durée moyenne de séjour des personnes sorties en 2025	91.5 jours, soit 3 mois
Nombre d'ETP en 2025	6.80 ETP

2. 2025 dans les grandes lignes

2.1. Faits marquants

La Pension Sociale Hospitalière (PSH) a pour mission d'assurer une solution d'hébergement temporaire et un accompagnement social à des personnes hospitalisées dont la situation sociale ou résidentielle ne permet pas une sortie d'hospitalisation dans des conditions compatibles avec leur état de santé ou leur parcours de soins.

En 2025, la PSH a poursuivi ses objectifs de fluidification des parcours hospitaliers, de prévention des ruptures de soins et de sécurisation des sorties d'hospitalisation, en articulation étroite avec les services hospitaliers et les partenaires sociaux du territoire.

L'année 2025 est marquée par une activité soutenue et continue, traduisant un réel besoin du dispositif. Les demandes d'admission ont été régulières tout au long de l'année, avec une mobilisation renforcée sur le dernier trimestre, trimestre au cours duquel nous avons augmenté le nombre de places sur la pension en passant de 15 places à 18 places.

2.2. Ressources humaines

2.2.1. Une équipe pluridisciplinaire

Fonctions	Effectif au 31/12/2025	En ETP
Chef de service	1	1
Assistante sociale	1	0.80
Infirmière de coordination	1	1
Moniteur-éducateur	2	2
Aide-soignant jour	2	2
Aide-soignant renfort sur le week-end	2	0.30
Aide-soignant nuit (HCL)	3	2.5
Total	12	9.60

2.2.2. Des formations réalisées tout au long de l'année

Nom de la formation / journée d'étude	Durée de la formation	Nombre de professionnels formés
Formation sur les soins palliatifs	0.5 jour	5
Formation EHP'UR	1 jour	6
Approche par les forces	2 x 0.5 jour	5
« Médiation éducative »	0.5 jour	1
Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)	2 jours	3
Journée d'étude sur le vieillissement et la précarité	1 jour	1
Journée d'étude : prévenir le suicide des personnes concernées par la précarité	1 jour	1

Journée de travail organisé par Interface SDF du CH Saint Jean de Dieu "Marge ou crève - Accompagner, soigner, bricoler »	1 jour	2
Formation bientraitance	2 x 0.5 jour	6

2.3. Évaluation

Une évaluation est menée tout au long de l'année 2025 :

- Sur le plan quantitatif avec une étude sur les coûts évités, par les HCL
- Sur le plan qualitatif avec une étude poussée sur l'intérêt du dispositif et des partenariats établis dans un contexte local.

2.3.1. Evaluation qualitative

Dans le cadre d'un stage à la pension entre mai 2025 et février 2026, Madeline Thollas, étudiante en M2 de psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé à l'Université Lumière Lyon 2, a pu mener une observation participante au long cours ainsi qu'une série d'entretiens semi-directifs avec 10 résidents, ainsi qu'avec plusieurs membres de l'équipe salariée.

C'est de ce travail, restitué et mis en discussion avec les résidents et les équipes, puis exploré de nouveau au sein de l'équipe chargée de l'évaluation, que les points les plus saillants ont été analysés.

Puis de novembre 2025 à janvier 2026, sous la supervision de Benoît Eyraud, sociologue chercheur de l'association Capdroits, et en coopération avec Madeline Thollas, Justine Faure, élève directrice d'hôpital et, Hélène Quissol, cheffe de service de la PSH, Julien Duvivier, sociologue des organisations, a conduit une enquête qualitative auprès des acteurs clés du dispositif. A travers 7 entretiens semi-directifs avec des acteurs clés, des visites de la pension et des échanges avec les équipes et des résidents, une observation de la commission exceptionnelle de la PSH et une analyse documentaire lui permettant, notamment, d'envisager la PSH dans un ensemble global de dispositifs répondant aussi bien aux problématiques hospitalières qu'à l'urgence sociale, il a cherché à apprécier la dimension qualitative de cette expérimentation sous plusieurs aspects :

- **la dimension d'innovation sociale de la PSH** : si l'on se fie à une acception commune de cette expression, il s'agissait de comprendre à quels "besoins sociaux mal ou peu satisfaits" ce dispositif cherchait à répondre, et par quels moyens ;

- **le sens dont elle est porteuse pour les acteurs concernés** : dans une démarche compréhensive, nous avons cherché à soutenir dans le discours des personnes concernées, dont le point de vue est toujours situé socialement et professionnellement, ce qui dans cette expérimentation était pour eux porteur de "sens", mais aussi du "non-sens", aussi bien dans son intention que dans sa réalisation concrète ;

- **son efficacité** : au-delà de son efficience, qui relève davantage de l'analyse économique, nous avons cherché à comprendre ce qui, chemin faisant, avait été pour les pensionnaires, les professionnels et les institutions concernés, considéré comme plus ou moins "performant" eu égard aux besoins identifiés ;

- **les conditions de sa poursuite** : comment, dans la perspective d'une poursuite de l'expérimentation ou de sa pérennisation, les personnes rencontrées envisagent-elles les années à venir : les conditions d'accueil du public, l'équipe qu'il conviendrait de recruter, les aspects matériels et organisationnels au sein de la pension, les instances permettant de garantir une continuité dans les parcours et une bonne coordination entre les institutions, etc.

La recherche est organisée dans une logique qui se veut cohérente avec l'intention première de la PSH, exprimée en ces termes par les instigateurs du dispositif : *"mettre véritablement le patient au centre et faire en sorte que les professionnels du soin et du social bougent autour de lui"*

2.3.2. Evaluation quantitative

La question des coûts évités est centrale. Leur évaluation suppose une analyse fine et individualisée des situations, afin d'objectiver les économies potentielles générées pour le système de santé.

Le modèle économique du dispositif repose principalement sur la subvention de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (crédits CNR), sur la mise à disposition gratuite des locaux par les HCL et son appui logistique. Cette dépendance à des financements spécifiques, non pérennes, à un soutien institutionnel restreint (ARS et HCL) constitue un point de fragilité pour son inscription durable dans le paysage de l'offre sanitaire et sociale et sa reproductibilité sur d'autres territoires.

3. Le public accompagné

3.1. Les nuitées

	2025
Nombres de places autorisées	15
Nombre de nuitées réalisables	5 475
Nombre de nuitées réalisées	5039
Taux d'occupation	92%

Ce taux d'occupation n'est pas représentatif sur cette première année d'expérimentation étant donné qu'il y a eu une montée en charge progressive en début d'année. Aussi, nous avons ouvert 3 places supplémentaires sur le dernier trimestre 2025.

3.2. Typologie des personnes accompagnées en 2025

La Pension Sociale Hospitalière se caractérise par une grande mixité du profil des personnes accueillies, tant en termes d'âge, de genre, de parcours de vie que de problématiques sociales et sanitaires. Cette diversité constitue un levier central du projet d'accompagnement : elle favorise la socialisation, la création de liens, la déstigmatisation et la sortie de l'entre-soi, tout en permettant des formes d'entraide et de solidarité informelles entre résidents. L'hétérogénéité du public accueilli semble contribuer également à une régulation collective plus équilibrée. Si elle nécessite une vigilance constante de l'équipe pour maintenir les équilibres et prévenir les tensions, cette mixité demeure un choix structurant au service de l'inclusion, de la stabilisation des parcours et du vivre-ensemble.

3.2.1. Sexe / âge (cumul sur l'année)

Sexe	
Féminin	Masculin
22 %	78 %

Nombre de personnes (cumul sur l'année)	
Tranche d'âge	
18 à 40 ans	17 %
41 à 60 ans	43 %
61 ans et plus	40 %

La population accueillie est majoritairement composée d'hommes (78 %) et de personnes âgées de plus de 40 ans (83%). Cette répartition reflète les caractéristiques générales des publics en situation de grande précarité en France. En effet, les hommes sont surreprésentés parmi les personnes sans domicile ou en hébergement précaire, en particulier dans les tranches d'âge élevées (INSEE ; DREES ; Fédération des acteurs de la solidarité).

Les parcours masculins sont souvent marqués par des ruptures sociales et professionnelles durables, un recours tardif aux soins et une accumulation de problématiques (santé chronique, troubles psychiques, addictions), qui s'aggravent avec l'âge (DREES, enquêtes sur les personnes sans domicile). Ces facteurs expliquent une entrée plus tardive dans des dispositifs médico-sociaux nécessitant un accompagnement renforcé.

La prédominance des plus de 40 ans s'explique également par un niveau de vulnérabilité élevé, tant sur le plan sanitaire que social. Ces situations rendent la remise à la rue particulièrement préjudiciable, voire incompatible avec l'état de santé ou le degré d'autonomie des personnes accueillies.

L'âge moyen des personnes accueillies est de 56 ans avec une amplitude d'âge de 25 à 84 ans.

3.2.2. Nationalité des résidents

	2025
Française	38 %
UE	13 %
Hors UE	49 %

3.2.3. Situation administrative des résidents à l'entrée dans le dispositif

	2025	%
CNI	18	38 %
Passeport européen	3	6 %
Titre de séjour	14	30 %
Récépissé sans autorisation de travailler	1	2%
Récépissé avec autorisation de travailler	0	0 %
Demandeur d'asile	6	13 %
Droits incomplets	5	11 %
Total	47	100%

En 2025, la pension sociale hospitalière accompagne un public majoritairement issu de parcours migratoires : 62 % des personnes sont étrangères, dont 49 % originaires de pays hors Union Européenne, tandis que 38 % sont de nationalité française. À l'entrée dans le dispositif, la situation administrative apparaît fréquemment fragile : sur 47 personnes accueillies en 2025, 44 % se trouvent dans une situation administrative précaire ou instable (demandeurs d'asile, personnes sans papier ou titulaires d'un récépissé sans autorisation de travail).

3.2.4. Ressources des résidents à l'entrée dans le dispositif

	%
Allocations minima sociaux (RSA, AAH, ADA)	38 %
Sans ressource	30 %
Retraite	26 %
Indemnités liées à la santé (IJ, pension d'invalidité)	6 %
Total	100%

3.2.1. Droits à la protection sociale des résidents à l'entrée dans le dispositif

	2025	%
Sans droit (en attente AME ou CSS)	4	8.5%
AME	11	23,5%
PUMA + CSS	27	57,5%
SS de base + mutuelle	5	10,5%
Total	47	100%

Sur les 47 résidents accueillis, 68 % bénéficient d'une couverture maladie complète et stabilisée (57,5% en PUMA + CSS et 10,5 % avec des droits de base et une mutuelle), ce qui témoigne d'un travail d'anticipation efficace mené en amont par les assistantes sociales de l'hôpital avant l'entrée en pension. Les démarches d'ouverture ou de réactivation des droits sont ainsi engagées dès l'hospitalisation, puis reprises et suivies par l'assistante sociale de la pension afin de sécuriser les situations dans la durée.

8,5 % des résidents sont temporairement sans droit ouvert (principalement en raison des délais réglementaires d'accès à l'AME ou d'instruction de la CSS). Ces situations demeurent majoritairement transitoires et font l'objet d'un accompagnement actif. Le non-recours effectif reste marginal (2,1 %). Cette organisation coordonnée entre l'hôpital et la pension est déterminante, car l'ouverture et le maintien des droits conditionnent directement l'intervention des cabinets IDEL et des autres professionnels de santé libéraux, permettant ainsi une continuité des soins.

3.2.2. Vulnérabilité des résidents accueillis en 2025

Sur 47 résidents accueillis sur la pension, 5 résidents ont déjà une mesure de protection à l'entrée sur la pension, 7 résidents ont une demande de mesure de protection en cours d'instruction (demande déposée lors de l'hospitalisation à l'initiative de l'assistante sociale de l'hôpital). Au 31/12/25, sur ces 7 demandes, 5 demandes ont abouti à la mise en place d'une mesure de protection (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle) et 2 demandes sont toujours en cours (celles-ci ont été instruite sur le second trimestre 2025).

4. L'accompagnement

4.1. Organisation de l'équipe et modalités d'accompagnement

4.1.1. L'accompagnement au quotidien

L'accompagnement quotidien mené par les moniteurs-éducateurs et aides-soignants s'inscrit dans une logique de sécurisation et de structuration du cadre de vie collectif. Ainsi, le temps des repas ne constitue pas uniquement un temps logistique, mais également un moment privilégié de lien social, d'observation des dynamiques relationnelles et des capacités de chacun en termes d'autonomie. De la même manière, la délivrance des traitements effectuée par l'équipe pour certains résidents participe à la sécurisation des parcours de soins tout en permettant un repérage d'éventuelles fragilités. Par ailleurs, la présence active des professionnels sur les temps collectifs favorise la prévention des tensions et permet d'intervenir rapidement en cas de conflit. La médiation et l'apaisement s'inscrivent alors dans une démarche de régulation continue, visant à maintenir un climat serein. En complément de cette dimension collective, un accompagnement individualisé est mis en place lorsque certaines difficultés impactent les actes de la vie quotidienne (accompagnement à la toilette ou certains gestes d'hygiène, accompagnement en courses, accompagnement à l'entretien de la chambre, etc.). Les moniteurs-éducateurs peuvent également proposer un soutien sur la gestion du budget ou un accompagnement aux rendez-vous administratifs ou médicaux. L'ensemble de ces actions vise à soutenir l'autonomie tout en garantissant un cadre sécurisant, adapté aux vulnérabilités repérées.

Enfin, un accompagnement continu autour de la sortie est effectué et, dans ce cadre, les professionnels sont amenés à accompagner les résidents pour visiter des structures (par exemple, visites de résidences autonomie ou pension de famille).

« Depuis septembre 2025, j'exerce en tant que monitrice-éducatrice au sein de la Pension Sociale Hospitalière. Mon rôle consiste à accompagner les résidents sur les différents aspects de leur vie quotidienne, qu'il s'agisse de l'alimentation, de l'hygiène ou encore de leurs démarches administratives et médicales. Cet accompagnement vise à soutenir leur autonomie et à sécuriser leur parcours de vie.

Une part essentielle de mon travail repose sur l'accompagnement autour du « projet de vie ». J'échange avec les résidents sur leurs envies, leurs besoins et leurs objectifs afin de construire avec eux un accompagnement qui ait du sens et qui respecte leur rythme et leurs aspirations.

Je contribue également à faire vivre la dynamique collective de la Pension en proposant et en animant différentes actions : ateliers cuisine, activités de jardinage ou moments conviviaux. Ces temps favorisent la rencontre, renforcent le lien social et participent à créer un cadre de vie chaleureux et soutenant.

À travers ces différentes missions, mon rôle est d'accompagner les résidents au plus près de leurs besoins, en favorisant leur autonomie, leur bien-être et leur participation à la vie collective. Ce travail, à la fois individuel et collectif, s'inscrit dans une relation de confiance et de proximité avec les résidents, et contribue à faire de la Pension Sociale Hospitalière un lieu de vie sécurisant pour chacun. »

Diana, monitrice-éducatrice

4.1.2. L'accompagnement et la coordination sociale

L'accompagnement social, effectuée par l'assistante sociale, repose sur une évaluation globale de la situation sociale, administrative et financière de chaque résident. L'assistante sociale mène un travail important de coordination avec les partenaires du territoire, qu'il s'agisse d'organismes institutionnels (MVS, Préfecture, OFII, etc.), de services sociaux (service hospitalier, MDM, CCAS) ou d'autres structures d'hébergement (CHU, CHRS, pension de famille, EHPAD, etc.). Elle assure également un suivi attentif des échéances pour maintenir les droits (renouvellement des droits AME, déclaration trimestrielle à la CAF, déclaration des revenus, etc.). Lorsque des démarches liées au séjour ou à la préfecture sont nécessaires, un accompagnement est proposé pour sécuriser les parcours ou, en fonction de la situation, une réorientation vers des services spécialisés peut être effectué sur ce sujet. Un projet d'accompagnement est co-construit avec le résident en lien avec le moniteur-éducateur référent, permettant de définir les objectifs d'accompagnement prioritaires en prenant en compte les capacités et les souhaits de la personne. L'objectif transversal demeure l'accompagnement vers une solution de sortie adaptée.

4.1.3. L'accompagnement et la coordination médicale

L'accompagnement médical vise à garantir un accès effectif aux soins et une continuité thérapeutique adaptée aux besoins des résidents. À ce titre, l'infirmière de coordination assure la

prise en charge médicale du résident par différents professionnels de santé. Elle est appuyée par les moniteurs-éducateurs et/ou aides-soignantes qui assurent l'organisation logistique des transports aux rendez-vous médicaux et, lorsque cela est nécessaire, assurent un accompagnement physique afin de lever certains freins liés à l'anxiété, à l'isolement, à la mauvaise compréhension. Cette démarche s'appuie sur un lien régulier avec les médecins traitants, les spécialistes et partenaires de santé, ce qui permet d'assurer la cohérence des prises en charge.

Par ailleurs, un travail de prévention est mené autour de l'observance médicamenteuse, de l'hygiène de vie et de la compréhension des prescriptions. Les échanges réguliers avec les partenaires médicaux et paramédicaux favorisent la fluidité des parcours et la réactivité face aux évolutions de l'état de santé.

Des professionnels de santé, coordonnés par l'IDEC, interviennent de manière très régulière sur la pension :

- **Deux cabinets infirmiers libéraux** interviennent de manière très régulière auprès des résidents. Leur présence quotidienne – pouvant aller jusqu'à deux passages par jour pour certains – permet d'assurer la préparation et la sécurisation des traitements médicamenteux (piluliers), la réalisation de soins techniques (injections, pansements), un suivi rapproché de l'état de santé des résidents.
Ce partenariat constitue un pilier essentiel de la continuité des soins et de la prévention des ruptures de parcours.
- **Un kinésithérapeute** qui intervient 2 fois par semaine : il a accès à la salle de rééducation prêtée par les HCL, une fois par semaine
- **Une orthophoniste** qui intervient une fois par semaine : en moyenne, 4 à 5 résidents en file active sont suivis par l'orthophoniste. Les prises en charge concernent notamment les troubles du langage post-AVC, les troubles cognitifs, les difficultés de déglutition.
Ce suivi contribue à préserver les capacités de communication et à sécuriser les fonctions essentielles du quotidien.
- **Une médecin généraliste libéral** qui intervient une à deux fois par mois
- **Deux médecins bénévoles** : un médecin intervenant à la demande auprès des personnes sans droit ni titre et un médecin intervenant en soutien de l'IDEC dans la coordination des soins. Leur engagement permet de sécuriser les situations complexes et de garantir une approche globale et inclusive de la santé.

Cette dynamique partenariale constitue une réelle plus-value car elle permet une prise en charge globale, réactive et sécurisée des résidents, tout en s'inscrivant pleinement dans une logique de droit commun. Le recours à des professionnels de santé libéraux favorise un accompagnement au plus près du quotidien, dans un fonctionnement qui se rapproche d'un modèle « comme à la maison », avec des soins réalisés à domicile. Cette organisation contribue à normaliser le rapport aux soins, à renforcer l'autonomie des résidents et à soutenir leur appropriation de leur lieu de vie. La régularité des interventions facilite un suivi de proximité, limite les ruptures de parcours et améliore l'accès aux soins pour des publics souvent éloignés du système de santé.

4.1.4. L'accompagnement se poursuit la nuit

L'aide-soignant de nuit a également un rôle dans l'accompagnement des résidents. Au-delà de la surveillance et de la sécurité, elle assure des soins de confort et d'hygiène lorsque nécessaire (changes, aide aux déplacements, gestion de l'inconfort nocturne). Sa présence permet également un soutien relationnel, particulièrement important la nuit, moment souvent propice aux angoisses. Par l'écoute, la disponibilité et, parfois, la médiation entre résidents, elle favorise le lien social et l'apaisement des tensions, tout en contribuant au bien-être global des personnes accueillies.

« Vers 21h, un résident vient me voir dans le bureau pour dialoguer. Peu à peu, d'autres résidents arrivent et le groupe se forme dans le couloir, tandis que certains regardent la télévision dans la salle collective. La discussion s'engage autour du Ramadan : chacun donne son opinion personnelle et son ressenti selon les coutumes de son pays. Les résidents échangent aussi sur leurs traditions familiales, leurs souvenirs et leurs recettes de cuisine. L'ambiance est conviviale et permet des échanges entre des personnes de plusieurs continents et de religions différents. Une résidente propose de préparer un couscous dans la cuisine thérapeutique pour le partager avec les autres. C'était un temps d'échanges avec des sourires qui a permis à certains résidents plus discrets de participer et de créer du lien. Chacun est reparti se coucher avec un beau souvenir partagé. »

Marie-Claude, aide-soignante de nuit

4.2. Outils de la loi 2002.2 et leur mise en œuvre

La loi 2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale par l'un de ses axes renforce les droits des usagers.

Pour ce faire, des outils ont été rendu obligatoires dans les établissements :

- La charte des droits et des libertés des personnes accueillies : est inscrite dans le livret d'accueil et expliquée lors de l'admission par le moniteur-éducateur référent.
- Le livret d'accueil : est distribué et expliqué à chaque admission par le moniteur-éducateur référent.
- La convention d'hébergement : expliqué et signé lors de l'admission avec le moniteur-éducateur et la cheffe de service, puis, à chaque renouvellement.
- Le règlement de fonctionnement : expliqué lors de l'admission, ce document se trouve dans le livret d'accueil et, est affiché dans toutes chambres ainsi que dans la salle collective.
- Le Groupe d'expression : cette instance permet de donner aux résidents des informations institutionnelles mais aussi, de recueillir leur parole. Il a lieu une fois par mois.

Nous avons également mis en place et pérennisé les propositions de :

- Désignation de la personne de confiance
- Formulaire de consentement du partage des données personnelles

4.3. Les entrées

Toutes les demandes de prise en charge sur la pension sont effectuées par les HCL. L'assistante sociale du service hospitalier prend attache dans un premier temps avec l'assistante sociale de la pension afin de donner un premier avis sur la cohérence de l'orientation et s'assurer qu'il n'y ait pas de frein spécifique pour un accueil sur la pension. Ensuite, le dossier de demande de prise en charge (volet social et volet médical) doit être transféré à l'équipe de la pension et au secrétariat la commission parcours complexe afin que la situation puisse être présentée pour décision.

4.3.1. La commission parcours complexe

La commission des parcours complexes du GHN est pilotée par la Direction du Groupement Nord Hospitalier.

La commission a vocation à donner un avis d'orientation pour les parcours de prise en charge des patients qui lui sont soumis ; elle peut également proposer d'appuyer les recherches par des mesures d'accompagnement : courrier de relance auprès d'établissements ou d'organismes, lettres ou rencontre des familles. Enfin, la commission a pour mission de déterminer collectivement si un patient relève de la pension sociale hospitalière.

Pour émettre les avis et les propositions les plus pertinentes, la commission des parcours complexes est composée de représentants HCL et de partenaires (représentant Habitat et Humanisme, représentant HAD, représentant CDHS si nécessaire, etc.) ayant une expertise spécifique permettant un appui à la décision sur l'aval de la prise en charge du patient.

La commission a vocation à traiter de la situation de patients connaissant des séjours anormalement longs ou à fort risque de séjour long, et/ou en complexité médico-sociale importante, pour lesquels l'hospitalisation dans le service n'est plus médicalement justifiée.

Le jour de la commission, pour chaque situation présentée, la présence d'un médecin qui connaît le patient est indispensable ainsi que de l'assistante sociale du service qui a effectué l'évaluation sociale. Ils peuvent être accompagnés de l'équipe soignante (cadre, IDE, kiné...).

4.3.1. Une rencontre du patient avant l'admission

Dans le cadre du processus d'admission à la Pension Sociale Hospitalière, une rencontre avec le patient est toujours organisée au sein de l'hôpital avant l'admission sur la Pension. Cette rencontre se déroule en présence d'un binôme médico-social de l'équipe de la pension (le plus souvent, travailleur social et infirmière de coordination de la pension mais, les autres membres de l'équipe sont également parfois amenés à participer à ces entretiens).

Ce temps de rencontre constitue une étape essentielle du processus d'accueil et de préparation du parcours. En effet, cela a plusieurs intérêts :

- Réaliser une première évaluation globale de la situation : bien que nous ayons une présentation complète de la situation en commission parcours complexe, cette rencontre permet de réévaluer la situation en étant avec la personne concernée. Le fait que cet entretien soit réalisé par un binôme social et médical de la pension permet de croiser les regards afin d'appréhender au mieux l'état de santé, le niveau d'autonomie, la situation sociale et les besoins d'accompagnement ;
- Anticiper l'admission et sécuriser le parcours : cette rencontre permet de vérifier l'adéquation entre les besoins de la personne et les missions de la pension, d'anticiper les modalités concrètes de l'arrivée sur la pension en coordonnant en amont les partenaires impliqués dans la sortie d'hospitalisation ;
- Favoriser l'adhésion au projet d'accueil : la présentation du fonctionnement de la pension, du cadre de vie et des modalités d'accompagnement permet au patient de se projeter dans le dispositif en tant que « futur résident » et de s'inscrire dans une démarche volontaire d'accompagnement. Ce temps permet de présenter le dispositif au patient et de répondre à toutes les interrogations.

4.3.2. Motifs de l'accueil

	%
Sans domicile	66 %
Logement ou hébergement non adapté à un retour de manière temporaire (remise en état du logement, problématique incurie, punaises de lit ou besoin de la mise en place d'un étayage) ou définitive (troubles neurocognitifs nécessitant une réorientation en structure)	34% dont • 8% de personnes hébergées (Train de Nuit, CHU Village Mobile, CPH Forum) • 26% ayant un logement (locataire du parc privé, du parc social et 1 personne propriétaire).
TOTAL	100%

4.3.1. Orientations des entrées effectuées

Service hospitalier à l'origine de la demande	Nombre de personnes orientées
Hépatogastro	8
Maladie infectieuse et tropicales	6
Transplantation	4
Neuro	4
UHCD	4
Post-urgence	4
Médecine interne	4
Endocrinologie	3
Orthopédie	2
Unité post-AVC	1
Unité cérébrolésée	1
Chirurgie	1
ORL	1
USLD	1
Rhumatologie	1
Pneumologie	1
Néphrologie	1

➤ Répartition des orientations hospitalières :

- Groupement hospitalier Nord (Croix Rousse, Pierre Garraud) : 53%
- Groupement hospitalier Centre (HEH) : 19%
- Groupement hospitalier Est : 15%
- Groupement hospitalier Sud : 13%

4.4. Les sorties

Il y a eu **29 sorties** au cours de l'année 2025.

La répartition des sorties de la Pension Sociale Hospitalière confirme la forte dimension médico-sociale du public accueilli. Près d'un quart des orientations (24,5 %) s'effectuent vers des structures pour personnes âgées (EHPAD, résidences autonomie, USLD), traduisant le vieillissement et la perte d'autonomie croissante des résidents. Les orientations vers des dispositifs de soins (LHSS 20,5 %, LAM 3,5 %) ainsi que les ré-hospitalisations (10 %) illustrent la fragilité somatique et psychique des personnes accompagnées et la nécessité d'un travail étroit avec les partenaires de santé. Les retours à domicile (10 %) et les accès au logement social (3,5 %) témoignent d'issues positives vers une forme de stabilisation, bien que limitées par la tension sur l'offre de logement adapté.

	%
Structures accueillant les personnes âgées (EHPAD, Résidence autonomie, USLD...)	24.5 %
LHSS	20.5 %
Retour à domicile (hébergement ou logement)	10 %
Re-hospitalisation	10 %
Béthanie	7 %
Accueil en famille d'accueil	3.5 %
Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU)	3.5 %
Lit Accueil Médicalisé (LAM)	3.5 %
Accès à un logement social	3.5 %
Retour au pays d'origine	3.5 %
Décès	7 %
Fin de prise en charge - exclusion	3.5 %
Total	100%

Mr N., 29 ans, en situation irrégulière, est arrivé en France en 2021, initialement dans un objectif d'insertion professionnelle. Rapidement après son arrivée, des problèmes de santé ont été diagnostiqués, entraînant une incapacité à travailler. Malgré des démarches engagées, sa situation administrative n'a pu être régularisée à ce jour et il se trouve sans droits ouverts.

Son parcours en France est marqué par une instabilité résidentielle et des prises en charge successives au sein de dispositifs médico-sociaux (LHSS puis ACT). Par la suite, Mr a pu être hébergé temporairement par un tiers en région parisienne avant de se retrouver à nouveau sans solution pérenne et de recourir à des mises à l'abri via le 115.

L'évolution de sa pathologie rénale a conduit à une hospitalisation à l'hôpital Edouard Herriot, avec la réalisation d'une transplantation rénale.

Cette intervention lourde nécessite un suivi médical étroit, une observance rigoureuse du traitement et des conditions de vie stables et sécurisées en post-hospitalisation. Mr, sans domicile, se trouve alors sur la liste d'attente LHSS avec une impossibilité d'être gardé sur un lit d'hôpital. Un accueil sur la pension transitoire entre l'hôpital et le LHSS est alors apparu comme une solution adaptée.

En effet, la remise à la rue aurait constitué un risque majeur de rupture de soins, susceptible de mettre directement en échec la transplantation, avec des conséquences graves tant pour la santé de Monsieur que pour l'efficience du parcours de soins engagé. Un mois après son admission sur la PSH, Mr a pu intégrer un LHSS.

Ce parcours souligne l'inscription de la pension sociale hospitalière dans une logique de continuité et de sécurisation du parcours de soins. La PSH permet alors de prévenir une rupture de soins aux conséquences sanitaires lourdes, d'assurer la protection de la greffe, de favoriser l'observance thérapeutique dans le but d'éviter des réhospitalisations évitables.

Monsieur M., 76 ans, titulaire d'un titre de séjour valable jusqu'en 2028, vit seul dans un studio situé à Lyon 3^e avant son hospitalisation. Sa situation sociale est marquée par un isolement important ; son seul entourage identifié est un cousin résidant à Lyon, désigné comme personne de confiance. Monsieur a une retraite à hauteur d'environ 1 000 € par mois.

Monsieur a été orienté vers la Pension Sociale Hospitalière (PSH) par le service « Maladie Infectieuse et Tropicale », service où Mr est alors hospitalisé à la suite d'une récurrence de tuberculose pulmonaire qui semblerait due à un défaut d'observance du traitement. Un retour à domicile semblait inenvisageable au regard de l'état de santé de Mr mais aussi, au regard de l'état de l'appartement de Mr (situation d'incurie avec un nettoyage et des travaux à réaliser).

A son arrivée sur la PSH, l'état de santé de Mr est fragilisé par de multiples comorbidités (cirrhose d'origine alcoolique, diabète non insulino-requérant, BPCO, hypothyroïdie) dans un contexte de sevrage récent à l'alcool et la mise en place d'une nutrition entérale, impactant son autonomie et nécessitant un accompagnement médico-social renforcé. Ainsi, dans une logique de sécurisation du parcours de sortie, un projet d'orientation en EHPAD, travaillé en amont par le service social hospitalier, s'est poursuivi sur la PSH.

Après plusieurs semaines d'accompagnement au sein de la pension sociale hospitalière, Monsieur a présenté une amélioration significative de son état général. Dans ce contexte, Monsieur a exprimé de manière claire son refus d'une orientation en EHPAD et son souhait de pouvoir rentrer à son domicile. Cette évolution a conduit l'équipe de la PSH à réinterroger le projet initial, dans le respect de son expression et de son consentement.

Toutefois, après concertation avec le cabinet infirmier libéral intervenant ultérieurement au domicile de Mr, ce projet de retour à domicile n'a pas été jugé suffisamment sécurisé au regard des besoins d'accompagnement de Mr.

Dans une logique de co-construction du projet avec Monsieur, un projet alternatif plus adapté a été élaboré, visant un accès à une résidence autonomie, intégrant un accompagnement gradué et sécurisé : mise en place d'une aide-ménagère, portage de repas et, passages réguliers d'un cabinet IDEL.

Ce parcours illustre l'importance de la pension sociale hospitalière comme espace d'évaluation, de réadaptation et de construction des projets individuels, permettant d'ajuster les orientations au plus près de l'évolution de la personne, de ses capacités et de ses choix.

4.5. Durée de séjour des personnes prises en charge sortant du dispositif

Durée de séjour moyenne des résidents sortis de la PSH : **91.5 jours, soit 3 mois**

Durée de séjour moyenne prenant également en compte la durée de séjour des personnes présentes au 31.12.25 : **128 jours, soit environ 4 mois**

Durée de séjour le plus court : **2 jours**

Durée de séjour le plus long : **345 jours**

Les durées de séjour observées en 2025 sont variables et directement liées à la complexité des situations accueillies, aux délais d'accès aux solutions de sortie, à la saturation des dispositifs de logement et d'hébergement.

5. Partenaires spécifiques et financiers



Les Hospices Civils de Lyon (HCL) constituent le deuxième centre hospitalier universitaire de France (après les Hôpitaux de Paris). Ils regroupent 13 hôpitaux publics d'excellence réunissant l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales et engagés dans une triple mission : soigner, innover et transmettre, en lien avec l'Université Claude Bernard Lyon 1. **Les HCL s'engagent auprès d'Alynea en mettant à disposition auprès de la PSH, les locaux, les repas, un service nettoyage et blanchisserie ainsi que des aides-soignants de nuit (un professionnel présent de 21h à 7h).**



L'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes est un établissement public de l'Etat placée sous la tutelle du ministère chargé de la santé et des affaires sociales. Elle est en charge des questions de santé sur le territoire de la région.



L'Entreprise des Possibles est un collectif d'entreprises engagées dans la lutte contre l'exclusion et le sans-abrisme sur la Métropole de Lyon. Elle mobilise des financements, des compétences et du mécénat de temps pour soutenir des projets portés par des associations accompagnant des personnes en situation de grande précarité. Dans ce cadre, **l'Entreprise des possibles a financé l'étude qualitative menée autour du dispositif.**



Les Petits Frères des Pauvres est une association reconnue d'utilité publique engagée dans la lutte contre l'isolement et la précarité des personnes âgées. À travers des actions d'accompagnement, de solidarité et de soutien aux initiatives sociales, elle contribue à améliorer les conditions de vie des publics vulnérables. Dans ce cadre, **l'association participe également au financement de la Pension Sociale Hospitalière.**



Le Groupe APICIL est un groupe de protection sociale français engagé dans les domaines de la prévoyance, de la santé, de l'épargne et de la retraite. À travers sa politique de mécénat et d'engagement sociétal, il soutient des initiatives solidaires en faveur des personnes vulnérables. Dans ce cadre, **le groupe a contribué au financement de la Pension Sociale Hospitalière.**

- **La Maison de la Veille Sociale (MVS) du Rhône** : Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) de la Maison de la Veille Sociale (MVS) a été initié pour constituer un service intégré d'accueil, d'orientation (SIAO) et de coordination dont l'objectif est de faciliter le parcours résidentiel des ménages sans domicile et leur retour en logement autonome. Son but est d'assurer un traitement équitable et non discriminant de la demande d'hébergement ou logement temporaire. **L'assistante sociale de la PSH participe au Commission Isolé de la MVS afin de présenter des situations et travailler sur des orientations adaptées.**
- **Le Guichet Unique (GU)** : Le Guichet Unique Régional a pour objectif d'améliorer l'orientation des personnes en grande vulnérabilité vers les dispositifs adaptés tels que les Appartements de Coordination Thérapeutique, les Lits Halte Soins Santé et les Lits d'Accueil Médicalisés. Il centralise et dématérialise les demandes afin de fluidifier les parcours, réduire les délais, éviter les doublons et améliorer la coordination entre partenaires. Il garantit l'équité de traitement grâce à des critères harmonisés et assure la traçabilité des décisions en motivant chaque refus et en formulant des préconisations. Enfin, il soutient les acteurs via des temps d'échange et met en place un observatoire pour analyser les profils, les délais et les motifs d'admission ou de refus. **L'assistante sociale et la cheffe de service de la PSH effectuent un point chaque mois avec le coordinateur du GU afin de travailler le parcours patient des personnes orientées sur la PSH.**
- **La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)** est un dispositif de coordination qui regroupe les professionnels de santé d'un même territoire (médecins, infirmiers, kinésithérapeute, etc.) afin d'améliorer l'accès aux soins, la continuité des prises

en charge et l'organisation des parcours de santé. Elle favorise le travail partenarial, notamment pour répondre aux besoins des publics vulnérables, fluidifier les orientations et développer des projets de santé locaux. **Grâce à cette dynamique territoriale, un cabinet IDEL adhérent à la CPTS de Lyon 5 intervient aujourd'hui sur la pension.**

- **L'Équipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité (ESSIP)** est un dispositif mobile dédié aux personnes en situation de grande précarité présentant des besoins en soins infirmiers. Elle intervient en appui des structures sociales et médico-sociales pour évaluer les situations, favoriser l'accès aux soins et coordonner les parcours de santé quand cela est nécessaire. **L'équipe de l'ESSIP intervient aujourd'hui sur la pension de manière très ponctuelle pour les résidents sans droit ouvert auprès de la sécurité sociale.**
- **Interface SDF** est une équipe mobile de psychiatrie dédiée aux personnes à la rue ou en hébergement en situation de grande précarité, dont la mission première est de créer les conditions d'accès aux soins de droit commun pour des publics éloignés de la psychiatrie. Elle assure également un soutien aux travailleurs sociaux de la métropole lyonnaise, constituant un véritable filet de sécurité pour évoquer ou débloquer des situations complexes. **L'équipe d'Interface SDF a pu être un soutien auprès de l'équipe pour l'accompagnement de certains résidents et, elle est intervenue directement auprès de 2 résidents de la pension sur l'année 2025.**
- **Le Centre Départemental d'Hygiène Sociale (CDHS)** est un acteur de santé publique intervenant notamment dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des maladies infectieuses, dont la tuberculose. **Sur la pension, le CDHS a pu assurer une veille médicale auprès de résidents atteints de tuberculose. Par ailleurs, grâce à ce partenariat, deux campagnes de vaccination ont pu être organisées sur la pension en 2025, renforçant la prévention et l'accès aux soins des résidents.**
- **L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)** est une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies graves évolutives ou en fin de vie. Elle intervient en appui des équipes médico-sociales pour apporter expertise, conseils cliniques et soutien dans la prise en charge de situations complexes. Dans ce cadre, **l'EMSP est intervenue auprès de l'équipe de la pension pour échanger autour de trois situations, permettant une analyse partagée et un appui décisionnel. Elle a également assuré le relais afin de faciliter l'accueil d'un résident en unité de soins palliatifs à Hospices Civils de Lyon – site Lyon Sud, garantissant une continuité et une sécurisation du parcours de fin de vie.**

- **L'HAD (Hospitalisation à Domicile) Soins et Santé** est une structure qui permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux coordonnés, en alternative ou en relais d'une hospitalisation traditionnelle. Elle se met en place pour des patients nécessitant des soins complexes, techniques ou prolongés. L'HAD mobilise une équipe pluridisciplinaire, en lien avec les professionnels de santé de ville et les établissements hospitaliers. Son objectif est de garantir la continuité et la qualité des soins tout en favorisant le maintien à domicile, lorsque l'état de santé et l'environnement du patient le permettent.
- Sur l'année 2025, nous avons fait appel à l'HAD pour un résident accueilli sur la pension.**

6. Paroles d'un résident

Je m'appelle K., j'ai 44 ans et je suis accueilli à la Pension depuis juillet 2025. Je suis atteint de sclérose en plaques depuis 2022.

Avant mon arrivée, j'étais à la rue et je dormais dehors. J'ai contracté la tuberculose, ce qui m'a conduit à être hospitalisé.

Aujourd'hui, la Pension m'a permis de retrouver un cadre de vie plus stable et sécurisant. J'y ai trouvé un lieu où je peux échanger avec d'autres personnes, créer des liens et ne plus me sentir isolé. C'est ce que j'apprécie particulièrement ici. L'équipe est également présente pour nous accompagner dans nos démarches administratives, dans l'organisation de la vie de tous les jours et dans le suivi de ma santé. Cet accompagnement est important pour moi, car il me permet d'avancer plus sereinement et de me concentrer sur ma santé et mon équilibre.

7. Conclusions et perspectives

La pension sociale est un modèle apprenant qui a prouvé son utilité sur cette première année d'expérimentation.

En reprenant les éléments les plus déterminants nous permettant d'accréditer que la PSH a bien répondu, en 1 an d'existence, aux intentions qui avaient justifié sa mise en place, nous pouvons dire en synthèse que :

- **Des sorties hospitalières ont été sécurisées et des parcours de soins fluidifiés** : notamment grâce à la complémentarité et la bonne coordination entre les différents acteurs, une meilleure coordination entre l'hôpital, la ville et les structures médico-sociales semble être constatée par tous.
- **La PSH contribue au désengorgement des lits de soins spécialisés et à une utilisation plus pertinente des ressources hospitalières** : des effets qui ne sont pas qu'économiques, mais qui sont

aussi à situer du côté de l'éthique du soin – la PSH contribue à renforcer le sens du travail de professionnels de l'hôpital.

- **La PSH permet la construction d'un projet social individualisé** : un accompagnement spécifique, respectant le rythme et les choix des résidents, qui ne peut se faire de manière aussi pertinente dans un service hospitalier technique ou dans une structure sociale fortement médicalisée.
- **La PSH permet un changement des pratiques pour les professionnels**, passant d'actions cloisonnées à une logique de parcours global de la personne. La commission parcours complexes et sa déclinaison au sein de la PSH offrent un bel exemple des changements de posture, des apprentissages et accordages professionnels que permet un tel lieu.

L'évaluation qualitative menée par Julien Duvivier indique en conclusion que « la pension est un lieu de vie qui s'inscrit dans un "entre-deux", entre l'hôpital et une vie plus autonome. Elle est en cela une "aire transitionnelle" et nous ne pouvons pas, en conclusion de ce travail qui a rassemblé des personnes en situation de vulnérabilité, des psychologues, des sociologues, des travailleurs sociaux, des soignants et cadres de santé, ainsi que des acteurs publics, omettre de citer le psychiatre et psychanalyste Donald W. Winnicott, pour qui le but de toute expérience de la transitionnalité doit avoir pour but de permettre "un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue". Une manière de nous rappeler que la valeur de cette pension sociale hospitalière est à bien des égards inestimables : cette évaluation, aussi bien dans sa dimension qualitative que quantitative, n'est que la face émergée, la plus visible, de ce que vivent et perçoivent ses résidents et les professionnels qui y sont engagés. La partie immergée qui réside dans les gestes et les affects des professionnels, dans les liens qui se font et se défont avec et entre les résidents, dans les processus progressifs d'autonomisation, de guérison, dans les sourires et les regards, échappe en grande partie à notre travail ... alors qu'elle constitue probablement la plus grande richesse de cette expérimentation. »