

Analyse présentée par question

Analyse effectuée sur l'ensemble des questionnaires validés.

Projet : Grande précarité et troubles psychiques

Questionnaire : Grande précarité et troubles psychiques (groupe de lecture)

CR réalisé à partir des réponses de type :

Organisme :

Spécialité : Aucun

Fonction :

Profession : Aucun

Statut : Aucun

Expert	Date de validation
Expert 1	27/02/2023
Expert 2	22/02/2023
Expert 3	09/02/2023
Expert 4	19/03/2023
Expert 5	02/03/2023
Expert 6	20/02/2023
Expert 7	02/03/2023
Expert 8	26/02/2023
Expert 9	02/03/2023
Expert 10	28/02/2023
Expert 11	23/02/2023
Expert 12	27/02/2023
Expert 13	20/03/2023
Expert 14	26/02/2023
Expert 15	26/02/2023
Expert 16	24/02/2023
Expert 17	26/02/2023
Expert 18	19/02/2023
Expert 19	02/03/2023
Expert 20	01/03/2023
Expert 21	02/03/2023
Expert 22	02/03/2023
Expert 23	20/02/2023

Expert 24	18/03/2023
Expert 25	21/02/2023
Expert 26	22/02/2023
Expert 27	27/02/2023
Expert 28	27/02/2023
Expert 29	02/03/2023
Expert 30	02/03/2023
Expert 31	21/02/2023
Expert 32	28/02/2023
Expert 33	02/03/2023
Expert 34	28/02/2023
Expert 35	22/02/2023
Expert 36	20/03/2023
Expert 37	15/03/2023
Expert 38	23/03/2023

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au Groupe de lecture relatif à la recommandation de bonne pratique ayant pour thème « Grande précarité et troubles psychiques : intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques ». Votre mission consiste :

- à lire le texte des recommandations et l'argumentaire, • à donner un avis sur la pertinence, la lisibilité et l'applicabilité des recommandations en cotant chaque proposition de recommandations à l'aide de l'échelle de cotation et en apportant des arguments complémentaires ou contradictoires (sous forme de commentaires libres) reposant si possible sur la littérature, et sur votre expertise lorsque la littérature est insuffisante ou inexistante. • à donner un avis sur la qualité de l'argumentaire par commentaires libres, et si besoin en précisant les données de la littérature qui n'ont pas été prises en compte (dans ce cas, merci de transmettre les références ou articles qu'il conviendrait de prendre en compte), Nous vous invitons à lire le texte des recommandations avant de remplir le questionnaire, afin d'avoir une vision globale. De même, nous vous invitons à répondre dans l'ordre au questionnaire (lecture verticale du questionnaire) en raison de l'interrelation existante entre les différentes propositions des chapitres. Pour la phase de cotation, en regard de chaque proposition du questionnaire est placée une échelle numérique graduée de « 1 » à « 9 ». La cotation doit être fondée sur les données de la littérature et votre expérience dans le domaine abordé.
- La valeur « 1 » signifie que la proposition n'est pas du tout conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes en désaccord total avec la proposition, • La valeur « 9 » signifie que la proposition est tout à fait conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes totalement d'accord avec la proposition, • Les valeurs comprises entre « 2 » et « 8 » traduisent les situations intermédiaires possibles, • La valeur « 5 » correspond à votre indécision. Il est important d'éviter les données manquantes : si vous êtes indécis, il est préférable de coter « 5 » plutôt que de ne pas répondre. Vous avez aussi la possibilité de signaler que la question est hors de votre champ de compétences (« Je ne peux pas répondre »). Nous attirons votre attention sur le fait que seules les versions finales des documents seront diffusées. Celles-ci pourront être modifiées par rapport à celles que nous vous transmettons. De ce fait, nous vous remercions de respecter toute confidentialité et de ne pas diffuser ces documents. La date limite de réponse à ce questionnaire est fixée au 27 février 2023 délai de rigueur. Nous vous remercions de votre collaboration à ce projet et restons à votre disposition pour toute information complémentaire ou question technique. Anne Depaigne-Loth et Florence Ligier Haute Autorité de Santé Vos contacts : Anne Depaigne-Loth, cheffe de projet (a.depaigneloth@has-sante.fr ; tél : 01 55 93 72 86) Florence Ligier, cheffe de

projet (f.ligier@has-sante.fr; tél : 01 55 93 70 72) Michèle Lemoigne, assistante (m.lemoine@has-sante.fr 01 55 93 72 14) Samantha Tan, assistante (s.tan@has-sante.fr 01 55 93 72 84)

Texte des recommandations : Grande précarité et troubles psychiques

Introduction

Proposition 1

Les enjeux, les objectifs, le périmètre, la population cible et les professionnels concernés sont-ils clairement présentés dans l'introduction (voir document joint) ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.08

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	35	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	92.11	7.89

Expert	Commentaires
Expert 2	Les professionnels cibles pourraient être spécifiés plus précisément.
Expert 11	Je trouve cela assez complet.
Expert 18	La notion de précarité mériterait d'être développée, avec une transition menant au choix de rester sur l'absence de chez-soi, en expliquant comment les diverses catégories d'absence de chez-soi peuvent refléter les différents niveaux de précarité (à ma connaissance pas d'étude cependant là-dessus). Proposition

	d'articulation dans le rapport. Les professionnels concernés ne sont pas précisés. A préciser ? Il serait par ailleurs intéressant de penser des fiches spécifiques pour chaque professionnel concerné (dont médecin généraliste, professionnel en santé mentale, travailleurs sociaux, ...), car le champ de cette recommandation, très complète et pertinente, est très vaste et chaque acteur aura du mal à en tirer une vision pragmatique pour son exercice de terrain.
Expert 20	Une très bonne contextualisation permettant de comprendre parfaitement les besoins humains individuels, qui nécessitent une prise en charge dans sa globalité axée sur des approches holistiques de la résolution des problèmes.
Expert 26	Tous les éléments nécessaires y figurent
Expert 31	Les enjeux, objectifs et populations cibles sont bien présentés. Pour les professionnels, je trouve que ce n'est pas clairement dit. Il est bien dit que le but est un travail collaboratif entre toutes les différentes structures, mais elles ne sont pas toutes bien définies (CMP, CCAS, association, AS, psychiatre, médecin traitant, spécialistes)
Expert 32	Il faut plus de données concernant la population migrante, puisque elle est dans les grandes centres la majorité des personnes en situation de précarité
Expert 34	Peut-être faudrait-il faire apparaître que de vivre à la rue ou dans des hébergements de l'urgence sociale ne peut être considéré comme un choix individuel comme c'est le cas pour des populations nomades (roms) ou certains "marginaux"... mais le plus souvent l'accumulation de difficultés multi factorielles (sociales, familiales, psychiques...).
Expert 36	les mots en gras pourraient mieux cibler ces paramètres (pop cible, prof concernés, enjeux etc)

Proposition 2

Avez-vous des commentaires concernant l'introduction ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.48

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	20	18

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	52.63	47.37

Expert	Commentaires
Expert 2	Au-delà de réponses immédiates, c'est une mobilisation précoce et globale contre les inégalités sociales de santé qui serait nécessaire pour répondre aux enjeux des situations des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques. Remplacer "serait" par "est". C'est très bien que le champ clinique soit considéré de manière large (dernière phrase de l'introduction).
Expert 3	1) L'introduction mentionne le 26ème rapport sur l'état du mal-logement en France. Je pense qu'il pourrait également utiliser le 28ème rapport (2023) paru récemment. Il indique une augmentation de 130% des personnes sans-domicile entre 2012 et 2022, ce qui pourrait apporter une précision d'actualité à ces RBPP (lien du rapport: https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-01/REML2023_WEB.pdf). Le même rapport pointe l'augmentation des enfants vivant à la rue et le rôle accru des expulsions locatives dans les populations très précarisées, ce qui pourrait apporter également un élément supplémentaire au contexte de ces RBPP. 2) Parmi les "acteurs qui se mobilisent" (page 7), je pense qu'il faudrait également citer les acteurs agissant spécifiquement dans le médico-social (FAM, FAS, EAM/EANM, EHPAD, avec des opérateurs associatifs) car certains sont réellement expérimentaux et cherchent à accueillir ces publics de manière globale.
Expert 4	- Il manquerait deux mots dans le tout premier paragraphe ? basées sur des (deux fois) - Peut-être pourrait-on voir apparaître la notion de "secteur AHI" (accueil, hébergement, insertion) dans le paragraphe 1.3, pour tout ce qui concerne l'hébergement et logement accompagné. - Evoquer le croisement difficile des données des SIAO/115, de l'origine des demandeurs de la Demande de Logement Social, des Nuits des Solidarités ... au-delà des enquêtes anciennes de l'INSEE ?
Expert 8	on ne parle pas des revenus. Des personnes sdf peuvent avoir un revenu (ex:

	aah, rsa, travail, la manche..). Les notions d'insécurité, de processus de précarisation et de fragilité sont aussi à définir.
Expert 9	Compte tenu des professionnels ciblés (tout professionnel secteur sanitaire et social) il serait intéressant de faire évoluer le layus p2 de l'argumentaire qui évoque plutôt un vocabulaire lié au sanitaire: "praticien", "patient", "professionnel de santé"
Expert 13	Le regret que soient exclus de ces recommandations les mineurs même s'ils relèvent de l'ASE.
Expert 14	Concernant les "réponses déficientes et cloisonnées" (P.6), et plus particulièrement les "nombreux dysfonctionnements (qui) freinent l'accès au soin, au logement..." : il semblerait pertinent de citer ici (bien que ça apparaisse par la suite) le caractère indigne de l'accueil dans bien des établissements d'hébergement ou encore des structures d'accès au soin et au droit (qui participe des ruptures de parcours, des non recours, de la précarisation des individus). L'approche "globale" de l'accompagnement est fondamentale : dommage que l'on n'y retrouve pas les notions d'activités culturelles, de loisir, de bien-être... (ex "réponses globales" P.7 : soin, droit, logement, emploi... distinguées des "espaces de partage, d'activités collectives..."--> forme de cloisonnement ? Coquilles : "à l'étrangers" (P.5, fin du 2e paragraphe), "des plus marquanteS", "estiméE" (P.6 2e paragr, 2e ligne)
Expert 15	il aurait peut être intéressant de définir dans l'introduction l'ensemble des administrations concernées par la problématique, pour faire le lien avec la partie 5
Expert 16	Page 5 : Je proposerai en remplacement du terme "des situations d'abandon des personnes" par "des situations de ruptures de parcours des personnes" Page 6 : le terme "rejet et violence institutionnels" est fort et mériterait peut-être d'être un tout petit peu étayé. Page 6 : la phrase "Ainsi, certains groupes sociaux (dont les personnes en situation de précarité économique et sociale) sont plus à risque de présenter des troubles psychiques (18)." peut être mal comprise car il n'est pas précisé en amont qu'il existe une corrélation négative entre le niveau de précarité et le risque de présenter des troubles psychiques. Page 6 : idem que page 5 "voire être abandonnées par les dispositifs prévus pour leur venir en aide" nécessite plus d'explications car c'est un terme très fort.
Expert 20	il aurait peut être était essentiel de définir le concept de grande précarité afin de permettre aux lecteurs d'authentifier dûment les personnes qui relèvent de ces situations, pour agir et intervenir auprès d'eux . Il aurait était tout autant essentiel de promouvoir des approches préventives et curatives afin de réduire les risques de basculer de la précarité à la grande
Expert 23	Dans paragraphe: "or dans la pratique, de nombreux dysfonctionnements freinent l'accès aux soins etc": - Les structures de soins dédiées (ex: soins spécialisés dans le trauma; lieux de soins pour personnes exilées) sont trop rares et saturées.

Expert 24	la définition de la grande précarité ne s'attache si je comprends bien uniquement à la notion de logement ou plutôt d'absence de logement . Vous y mettez une note d'attention car cela ne peut pas toujours compte des personnes dont l'hébergement est précaire avec de faible revenu ou un étayage social pauvre. des échelles permettent de caractériser la précarité selon plusieurs critères que le seul logement. autre référence; Warzinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social, Journal officiel de la République Française, avis et rapports du Conseil économique et social 1987;1-104.
Expert 26	Un détail : sur le paragraphe sur les réponses déficientes, pourquoi commencer le paragraphe par "Pourtant". A enlever
Expert 27	Augmentation du nombre de femmes et enfants en bas -âge à la rue (dont des nourrissons). en ile de france : https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/11/27/en-france-le-nombre-de-femmes-sans-papiers-enceintes-ou-avec-enfants-en-bas-age-a-la-rue-ne-cesse-de-croitre_6151860_3232.html
Expert 29	Peut-être faudrait-il faire apparaître en point de blocage l'inadaptabilité des dispositifs en ambulatoire aux besoins des personnes (absence réactivité, méconnaissance du sans-abrisme...)
Expert 31	Renforcer le fait qu'une prise en charge correcte de ces patients passe par une collaboration entre les différents professionnels autour du malade, avec l'accord et le respect de la volonté du patient. Mais que chaque structure, ou professionnel isolée, ne peuvent pas faire grand chose pour une prise en charge efficace du patient.
Expert 32	Suggestions de données sur la population migrante suggestions: la proportion de migrants parmi les sans abris en Ile de France = 60% (YAOUANCQ, F. & DUÉE, M. 2014. Les sans-domicile en 2012: une grande diversité de situations. France, portrait social.) le nombre de demandeurs d'asile/an: autour de 100 000 (https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2022/07/HR_RA_OFII_2021_21x297_p3_p114_compressed.pdf) l'enquête Premiers (2017) pas sur les migrants bénéficiant de l'AME: 1 personnes sur 6 présente un TPST (PRIEUR, C., DOURGNON, P., JUSOT, F., MARSAUDON, A., WITTEWER, J. & GUILLAUME, S. 2022. Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France. Questions d'économie de la santé, 8p. ajouter le migrants en tant que des groupes sociaux à risque augmenté de développement de troubles psychiatriques (Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Leary, D. and Donnelly, M. (2016) 'The mental health and wellbeing

	of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews', Globalization and health, 12(1), 47.) les sentences pas claires:"les residences accueil"
Expert 34	P6 l'expression "hors cadre" est peu clair car il s'agit, je suppose, des troubles du comportement inadaptés à la vie sociale mais aussi des "passages à l'acte", des comportements transgressifs et antisociaux. D'autre part effectivement les personnes en grande précarité sont très souvent victime de violences mais elles peuvent aussi commettre des violences aux sein des institutions (violences physiques, revente de produit, pyromanies, cleptomanies...). Ne pas afficher trop d'angélismes!
Expert 36	dans la partie des déterminants sociaux : assez difficile à comprendre l'aspect bilatéral des fact et cette phrase en particulier "Ceux-ci compteraient pour 35 à 50% de l'état de santé des populations" ->ceux ci representent 35%à 50 % des facteurs influençant l'état de santé "les personnes en situation de précarité économique et sociale sont plus à risque de présenter des troubles psychiques (18)" suffirait peut etre à la compréhension
Expert 38	BIEN DEFINI CETTE INTRODUCTION

1. Principes, éthique et postures

Les recommandations développées dans ce chapitre sont des principes d'action destinés à l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques (professionnels du champ de la santé et du champ social, professionnels du quotidien, pairs-aidants, bénévoles, membres de l'entourage ou de la société civile). Ces recommandations préconisent la construction d'un environnement soutenant porteur d'espoir pour la personne, respectueux de ses droits, de sa dignité et de sa place dans la société. Elle peut ainsi se reconnaître en tant personne avec ses aspirations, son individualité et ses compétences propres plutôt que de s'envisager au travers du prisme de la maladie ou de la précarité. Ces recommandations, inspirées des principes du rétablissement sont donc à mobiliser dès les premiers contacts et tout au long de l'accompagnement (social, santé, accès aux droits et à la citoyenneté). La littérature scientifique met en lumière l'intérêt de d'un ensemble d'approches (approches et pratiques orientées « rétablissement », mais aussi approches « sensibles au trauma », réduction des risques et des dommages) pour accompagner les personnes en situation de précarité et présentant des troubles psychiques. Ces approches se traduisent dans des organisations et des pratiques qui ont fait l'objet d'évaluations systématiques et s'appuient sur les principes communs suivants : · soutenir l'autodétermination des personnes et développer leur pouvoir d'agir ; · proposer un fonctionnement à « haut seuil d'inclusion » ; · agir sur l'environnement pour le rendre soutenant ; · lutter contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation ; · interroger ses pratiques en continu.

1.1. Soutenir l'autodétermination et développer le pouvoir d'agir

Proposition 3

La personne est experte de sa propre situation, et en capacité d'identifier ses attentes et ses forces mais aussi ses difficultés. Le rôle des personnes qui l'accompagnent n'est donc pas tant

d'agir à sa place mais de soutenir sa capacité à agir et à s'autodéterminer. Cela permet à la personne de ne plus se réduire à sa maladie ou à sa situation sociale mais de reprendre le contrôle de sa vie, de croire en ses capacités, à son rétablissement et d'en prendre le chemin.

Pour cela, plusieurs conditions sont identifiées :

- la qualité de la relation entre la personne et l'intervenant (horizontalité dans la relation, confiance, réciprocité et engagement mutuel);
- le repérage des forces, capacités et savoirs, passés et présents de la personne ;
- le développement de ses liens sociaux;
- une attitude bienveillante, empathique et « non-jugeante » pour permettre à la personne d'exprimer et de vivre ses choix. Cela implique d'être conscient que chacun « juge » autrui à certains moments et d'apprendre à lutter contre ses propres préjugés pour offrir à l'autre le droit à la différence et à l'autonomie. S'appuyer sur des équipes diversifiées (en termes d'âge, de sexe, de culture, d'expérience professionnelle et personnelle permet une meilleure acceptation de la différence et est une aide à l'adoption d'une posture de « non-jugement ».
- une information claire, actualisée et précise sur les droits, les possibilités ouvertes à la personne et sur l'ensemble des sujets la concernant.
- la facilitation de la participation des personnes (aux soins, à l'accompagnement, au fonctionnement des institutions et à la vie citoyenne) sans pour autant l'imposer.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 8.03

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	1	5	11	18	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.63	5.26	2.63	13.16	28.95	47.37	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.63	97.37

Expert	Commentaires
Expert 2	C'est très bien que ce soit cette partie qui ouvre le sommaire et les recommandations, tant ces considérations sont importantes avec ce type de public. Les renvois à ces principes dans le corps du texte sont visibles, c'est une bonne chose. Quelques coquilles sur la note de bas de page n°8 "une information claire, actualisée et précise sur les droits, les possibilités ouvertes à la personne et sur l'ensemble des sujets la concernant" (J'ai l'impression que la phrase n'est pas fluide.).
Expert 3	1) Lorsque la recommandation cite l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes, elle les liste de la manière suivante: "(professionnels du champ de la santé et du champ social, professionnels du quotidien, pairs-aidants, bénévoles, membres de l'entourage ou de la société civile)". Je pense que les acteurs du champ médico-social, qui est spécifique et différent de celui du sanitaire ou du social, devraient être indiqués également dans cette liste. 2) Le texte indique comme condition "une attitude bienveillante, empathique et « non-jugeante » pour permettre à la personne d'exprimer et de vivre ses choix. Cela implique d'être conscient que chacun « juge » autrui à certains moments et d'apprendre à lutter contre ses propres préjugés pour offrir à l'autre le droit à la différence et à l'autonomie [...]". Je pense qu'il pourrait gagner à indiquer qu'il s'agit "d'offrir à l'autre le droit à la différence, à l'autonomie et à l'indépendance". L'enjeu est en effet parfois davantage celui de l'indépendance que celui de l'autonomie. Je pense notamment aux personnes ne pouvant pas réellement développer une autonomie complète

	mais pouvant tout de même gagner en indépendance même au sein d'une hétéronomie accompagnée.
Expert 7	Sur le principe je pense que beaucoup de professionnels sont ok. Cependant, les savoirs, savoirs faire et savoirs être autour de la manière d'être dans une posture permettant l'expression de l'auto-détermination ne sont pas acquises par une majorité de professionnels.
Expert 8	une personne atteinte de troubles psychiatriques, a des difficultés à reconnaître ses besoins ou à identifier ses besoins de façon réaliste Il faut l'accompagner dans l'identification de ses besoins
Expert 9	Interrogation sur la capacité à toujours "identifier" ses attentes et ses forces
Expert 12	je suis mitigé sur la proposition du début : tout a fait d'accord avec "est experte de sa situation", moins avec "en capacité d'identifier ses attentes..." les personnes accueillies en consultation sous l'effet d'un toxique ou d'un traitement neuroleptique lourd n'est pas toujours en mesure je trouve (d'après mon expérience) d'identifier ses besoins et attentes.
Expert 16	Page 9 : faute de frappe "l' intérêt de d'un ensemble" Page 10 : "La personne est experte de sa propre situation, et en capacité d'identifier ses attentes et ses forces mais aussi ses difficultés." Le terme expert ne sont-ils pas un peu trop fort ? Les personnes en grande précarité sont-elles toutes expertes de l'ensemble de leur situation ? Je trouve que le terme "actrice" est plus approprié à la définition de l'autodétermination. Page 10 : fin de la parenthèse manquante après "non-jugement".
Expert 17	le libre choix de la personne accompagnée de choisir son intervenant semble être un préalable à l'expression du pouvoir d'agir. article R.4127-6 du code de la santé publique Article L1110-8 du Code de santé publique
Expert 20	Mettre au cœur de ces recommandations les effets positifs de l'engagement à traiter l'état global des personnes et non pas uniquement leur vulnérabilités est essentiel ainsi que les qualités de notre boussole morale professionnelle (respect d'une sensibilité tant morale que professionnelle) . Pour autant doit-on considérer que la personne est experte de sa propre situation? Nous devons bien évidemment toujours tenir compte des choix , des préoccupations, des désirs , des ressources émotionnelles des personnes en situation autrement dit nous devons parfois les guider, les soutenir avec respect réactivité , compassion, fiabilité , intégrité pour leur permettre non pas d'être << Expert >> mais de mener une vie plus sûre en réclamant en temps voulu les soins et l'accompagnement désirés .
Expert 21	La posture (pour les accompagnants) de la philosophie des soins de rétablissement permet le travail en interdisciplinarité, permet d'intégrer le point de vue de la personne accompagnée en tant qu'experte de sa maladie/souffrance psychique.
Expert 22	La maladie psychique est parfois un frein à la posture d'autodétermination soit

	parce que la personne peut-être parfois confuse, dépressive....
Expert 23	- Développement des liens sociaux: favoriser l'entraide entre patient.e.s (ateliers, groupes d'entraides). - Information claire: systématiser le recours à des interprètes linguistiques.
Expert 29	Soutenir sa capacité à agir mais parfois aussi la guider (pour les personnes qui sont les plus éloignées, en situation d'errance chronique ++ et troubles psy associés). Il est effectivement important de bien préciser "sans l'imposer". Il y a un juste milieu entre les professionnels qui s'insurgent quand la personne est présente à sa réunion (situation vécue) et imposer un ensemble de partenaires (parfois une dizaine) à une seule personne concernée où les échanges ne seront pas forcément adaptés et intimidants.
Expert 32	suggestion d'ajout: "apprentissage de la langue" dans la phrase le développent des liens sociaux
Expert 34	"la personne est experte de sa propre vie" est un slogan qui ne tient pas compte de la pathologie mentale. La personne totalement désafférentée d'elle-même ou dans un état dissociatif et vivant sur un coin de trottoir totalement anesthésiée par des produits et par sa propre indifférence à elle-même n'est plus "experte" de sa propre vie. Le rétablissement consistera à lui faire prendre conscience de ses symptômes qui l'aliènent et à l'aider à s'en dégager ou à "faire avec" (entendeurs de voix) Les contraintes aux soins ont justement été légiférées car dans ces états la personne n'est plus en capacité de discerner ce qui pourrait lui permettre de se rétablir. La finalité d'une prise en charge est que la personne puisse redevenir "experte" de sa situation. N'oublions pas que la discipline psychiatrique s'est en grande partie constituée à partir de la notion de l'abolition du discernement.
Expert 38	les soins sont bien décrits pour une relation de confiance

1.2. Proposer un fonctionnement à « haut seuil d'inclusion »

Proposition 4

Il est recommandé aux services (sociaux, de santé, administratifs) accueillant les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques de proposer un fonctionnement « à bas seuil d'exigences » ou plus justement à « haut seuil d'inclusion », souple et adapté aux personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques et permettant de répondre à leurs demandes « là où elles en sont, au moment où elles le souhaitent ».

Cela comprend :

- Une organisation souple : accueil sans rendez-vous, tolérance pour les retards, les absences, politique de recontact des personnes qui ne se présentent pas ;

- une approche en termes de réductions des risques et des dommages ;
- une offre diversifiée correspondant aux différents besoins des personnes.

Cela implique de ne pas conditionner l'accès aux droits et aux prestations sociales à une acceptation des soins (psychiatriques, addictologiques).

Cela implique également de ne pas lier la délivrance d'un soin ou d'un service à une injonction de livrer son histoire de vie, si la personne ne le souhaite pas, et de veiller à limiter au moins dans un premier temps l'interrogation aux éléments nécessaires à la délivrance du soin ou du service.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.24

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	6	10	20	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	2.63	15.79	26.32	52.63	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	"C'est une posture essentielle pour les publics en situation de précarité puisqu'elle permet d'aller à la rencontre des personnes en se rendant sur leurs lieux de vie ou au sein des lieux qu'elles fréquentent, en reconnaissant qu'à certains moments les personnes peuvent ne pas être en mesure de formuler une demande d'aide et de faire les démarches correspondantes." Cela implique des équipes mobiles, et donc une certaine organisation des services.
Expert 4	Attention tout de même au manque de soutien et d'interventions rapides dans des structures sans professionnel médical ou infirmier, au sein de collectifs parfois nombreux (l'enjeu étant parfois d'accompagner et "faire tenir ensemble" de nombreuses fragilités en même temps).
Expert 5	On ne peut qu'être complètement d'accord, mais dans les faits les organisations "souples" (hors situations de crise / covid ou Ukraine) sont relativement rares, voire ont tendance à se complexifier, ex. primo demandes d'AME ou les trois mois de carence pour les demandeurs d'asile. et même pour les dispositifs bas seuil comme les PASS, il est souvent nécessaire d'organiser la prise en charge via des RDV, demander des pièces administratives pour ouvrir des droits, etc.
Expert 8	il faut les moyens financiers et humains.
Expert 9	Préconisation limitée aux services qui "accueillent", notamment pour la partie "offre diversifiée": Elargir le spectre aux pouvoirs publics qui, à travers les cadres réglementaire et financiers, fixent le cadre d'intervention
Expert 16	C'est pertinent mais ça risque de faire grincer quelques dents !
Expert 19	Accord manque en plus il faut envisager la nécessité éventuelle de traducteurs.
Expert 20	Le concept de << haut seuil d'inclusion >> montre qu'il s'agit d'une démarche et d'un investissement importants pour sortir de l'ombre de la discrimination et de la stigmatisation en insufflant l'espoir d'un rétablissement et d'intégration au sein de la société . Cela nécessite des compétences psychosociales et une formation spécialisée de tous les intervenants en santé mentale communautaire au cœur de pratiques respectueuses des valeurs et des croyances des personnes en situation. Il nous appartient à toutes et à tous d'instaurer un environnement et une culture propice à l'accompagnement en santé des personnes. il faut se voir donner les moyens humains et financiers pour passer du concept à la réalisation. J'aime vraiment beaucoup ce concept
Expert 21	Dans la pratique, complexité de prendre en charge des personnes qui présentent beaucoup de symptômes (discordance, persécution, etc.) fragilisant l'alliance thérapeutique. Tout à fait d'accord sur le fait de livrer uniquement les éléments nécessaires à la prise en charge (loi de modernisation du système de santé, juill 2016).
Expert 22	Tout accueil de qualité nécessite aussi une organisation même minime tout en restant bienveillante, la personne accueillie a des droits mais aussi des devoirs qui sont nécessaires pour positionner une relation d'adulte à adulte, de plus par exemple s'il est nécessaire de faire appel à des interprètes une organisation en

	amont est indispensable
Expert 26	La notion de haut seuil d'inclusion est vraiment très intéressante. C'est bien de la mettre en parallèle avec le bas seuil d'exigence et de changer la perspective.
Expert 27	j'enlèverai effectivement la notion "le bas seuil d'exigences" Cela implique de ne pas conditionner l'accès aux droits et aux prestations sociales à une acceptation des soins (psychiatriques, addictologiques) : manque une virgule pour faciliter la lecture une approche en termes de réductions des risques et des dommages : phrase peu claire pour le reste accord avec cette reco > mais complexe en terme d'organisations de soins
Expert 31	Je suis d'accord sur le principe, mais sur la réalisation, cela me semble très difficile pour le personnel. Ce sont souvent des structures ou services en sous-effectif, plus ou moins bien formé, qui se retrouvent à gérer des situations difficiles quotidiennement, avec de temps en temps des agressions verbales. Le bas seuil d'exigence me semble faisable avec un personnel adapté.
Expert 32	suggestion d'ajout : "assouplir les règles de sectorisation"
Expert 37	Page 9 : haut seuil d'inclusion renvoie à un seuil élevé de critères d'inclusion donc plus strictes alors qu'il faudrait que ce haut seuil d'exigence concerne les professionnels.

Proposition 5

Il est recommandé d'aller vers les personnes même lorsqu'elles ne formulent pas de demande explicite. L'aller-vers est une posture d'ouverture à l'autre qui modifie le rapport entre le professionnel et la personne. C'est une posture essentielle pour les publics en situation de précarité puisqu'elle permet d'aller à la rencontre des personnes en se rendant sur leurs lieux de vie ou au sein des lieux qu'elles fréquentent, en reconnaissant qu'à certains moments les personnes peuvent ne pas être en mesure de formuler une demande d'aide et de faire les démarches correspondantes. Cela implique de se rendre disponible, et de « rester avec » les personnes aussi longtemps que nécessaire.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.48

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	1	11	24	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	2.63	2.63	28.95	63.16	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	"Cela implique de se rendre disponible, et de « rester avec » les personnes aussi longtemps que nécessaire." "aussi longtemps que nécessaire" est une notion un peu floue.
Expert 3	Je suis entièrement d'accord, mais je pense qu'il faut apporter une nuance: il faut pratiquer cet aller-vers, mais dans l'idée qu'il répond à une incapacité à formuler une demande en raison de l'épuisement ou du mode de "survie psychique" dans lequel la personne est placée. Il faudrait donc, à mon sens, distinguer l'aller-vers pour répondre à cette situation et le comportement intrusif qui peut aussi faire violence à la personne qui ne souhaite pas ou ne peut pas endurer le relationnel imposé. Je propose donc, en dernière phrase: "Cela implique de se rendre disponible, et de "rester avec" les personnes aussi longtemps que nécessaire dans les limites de ce qu'elles souhaitent ou peuvent vivre sans le ressentir comme une violence ou une intrusion".
Expert 5	A condition d'être formé. L'aller-vers n'est pas juste une posture, mais aussi le résultat d'un apprentissage et de certaines techniques d'approche.
Expert 8	établir une relation de confiance ou une alliance: "être là/être avec" La notion de sollicitude
Expert 9	Compléter l'Aller vers par "l'Etre avec"
Expert 10	la question du temps de la personne est primordiale dans la relation. Là où elle en

	est.
Expert 13	Il me paraît important également de respecter le refus et l'opposition.
Expert 16	Page 11 : "Cela implique de se rendre disponible, et de « rester avec » les personnes aussi longtemps que nécessaire." Je suis totalement d'accord avec ce point mais je crains que les professionnels jugent cette phrase complètement hors contexte de leur réalité actuelle. Je proposerai plutôt "Cela implique de se rendre disponible, et de « laisser le temps » aux personnes de faire leur chemin intérieur, étape nécessaire avant l'action" (Modèle Prochaska et DiClemente).
Expert 18	Il serait pertinent d'aborder le phénomène d'auto-exclusion (jean Furtos) expliquant bien cette nécessaire posture d'aller vers les personnes les plus exclues
Expert 19	Accord avec l'ensemble de la proposition. Une réserve sur le "rester longtemps que nécessaire". Sauf cas de dangers immédiats, il convient toujours de respecter le droit de ne pas aller bien sans vouloir se soigner.
Expert 20	Une approche humaniste, authentique qui favorise une pratique éthique pour nous aider à fournir des soins compassionnels. et une aide à la résilience .
Expert 21	Oui sûrement autant que faire ce peut (nécessité d'équipes mobiles) pour une alliance thérapeutique et prendre en compte / agir sur l'environnement
Expert 24	c'est la définition de la Réduction des Risques et des Dommages
Expert 26	Peut-être insister sur le fait d'avoir une position basse pour cet aller vers, avec une dimension de respect, de ne pas arriver en étant le "sachant" mais avec la volonté d'apprendre de l'autre.
Expert 31	Je suis complètement d'accord avec cette phrase. C'est primordial. Je pense qu'il faut y aller en équipe multidisciplinaire pour être le plus efficace.
Expert 38	il serait utile de développer le aller- ver en province insuffisant encore

Proposition 6

Pour les personnes qui ne souhaiteraient pas s'engager sur le long terme, il est recommandé de respecter ce choix et de :

- positionner son service comme un repère, d'être présent et d'offrir une continuité et une disponibilité dans la proposition d'accompagnement. Les personnes en situation de précarité et en souffrance psychique ont souvent besoin d'un temps long pour construire la confiance. La pérennité et la stabilité de la réponse sont donc nécessaires ;
- laisser les personnes aller et (re)venir. Pour les personnes qui sont réticentes par rapport aux institutions, cette possibilité d'allers-retours est essentielle. L'accueil « à haut seuil d'inclusion » et les approches de réduction des risques et des dommages permettent ces allers-retours.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.79

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	3	2	33	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7.89	5.26	86.84	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Accompagner les financements des structures en ce sens (permettre de mieux accompagner les transitions)
Expert 9	L'emploi de "permettent" suppose l'évidence; préférer le mot "favorisent" ces allers retours?
Expert 10	représenter une borne d'encrage possible car les personnes fragilisées ont peu de continuité dans leur parcours
Expert 20	Respecter la temporalité des personnes est une exigence pour établir la confiance et instaurer des relations positives avec les personnes, leur entourage. Cette confiance durable est fondée sur notre capacité d'établir des liens de manière à leur garantir que leur intérêt et leur bien être sont placés au centre de nos préoccupations....tout simplement être là pour eux .
Expert 26	C'est particulièrement important surtout s'il y a eu un épisode de débordement ou

	de violence. Donner à la personne la possibilité de revenir, lui tendre la main quand elle fait la démarche de solliciter à nouveau le service permet de créer un vrai lien de confiance et une possibilité de travailler d'une façon différente et plus approfondie.
Expert 31	Pour permettre la construction de confiance, il faut également un bien-être au travail dans les structures pour entraîner un maintien du personnel, et qu'il n'y ai pas de changement d'équipe régulière.
Expert 38	permettre a chaque personne de decider elle meme et en profiter pur établir une relation de confiance

1.3. Transformer l'environnement pour le rendre soutenant

Proposition 7

Au niveau de chaque structure ou service, il est recommandé :

d'établir un environnement sécurisant et bienveillant. Cela implique :

D'apporter une réponse immédiate et inconditionnelle aux besoins de première nécessité ;
D'assurer la sécurité des lieux d'accueil (centres d'hébergement, lieux de soins, logements) ;
De proposer un cadre de fonctionnement cohérent, stable et respectueux des droits des personnes ;

d'inscrire son service dans le tissu local, de se faire connaître, de développer des partenariats diversifiés et structurés afin qu'ils puissent être activés en cas de besoin.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.45

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	5	4	25	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	13.89	11.11	69.44	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	mais cela serait aussi bien d'apporter une aide pour qu'ils puissent répondre à leurs besoins sans la structure. Car cela favoriserait leur autonomie.
Expert 9	Concernant la sécurité des lieux d'accueil, j'équilibrerai les recommandations en fonction de l'habitat: "d'assurer et d'adapter selon le modèle d'habitat, la sécurité des lieux d'accueil (car pas le même niveau d'exigence en fonction des lieux d'accueil)
Expert 10	apporter une réponse immédiate et inconditionnelle aux besoins de première nécessité n'est pas toujours possible. Par contre être bien explicite sur ce que l'on propose et ce que l'on ne propose pas. Tenir sa parole face aux propositions
Expert 14	Le qualificatif "bienveillant" est souvent galvaudé alors qu'il revêt ici l'une des caractéristiques essentielles à promouvoir dans la transformation de l'environnement. Peut-être pourrait-il être précisé (dimension "humaine"/"chaleureuse" de l'accueil en tant que sécurité émotionnelle).
Expert 16	Il manque peut-être un point dans "Cela implique" sur l'approche bienveillante : - d'avoir un positionnement valorisant et positif mettant en avant les ressources de la personnes plutôt que ses incapacités".
Expert 17	établir des procédures identifiées pour la résolution des besoins de première nécessité.
Expert 18	La question de l'adaptation des structures de droit commun non spécifiques à la prise en charge des personnes les plus exclues se pose dans leurs capacités à apporter une réponse immédiate aux besoins de première nécessité par exemple. A ma connaissance il n'y a pas d'étude permettant de recommander la prise en charge de ces patients dans des filières non spécialisées de la précarité, cependant cet ancrage permet une déstigmatisation de leur soin.

Expert 20	Nous ne pouvons espérer prodiguer des soins , un soutien efficace et donner aux personnes leurs chances de réaliser leur potentiel en faisant l'impasse sur les déterminants sociaux de la santé. La notion de partenariat de collaboration, de décroisement et d'interconnexion est essentielle pour un travail d'équipe et de temps partagés afin de valoriser la pratique de Co décision .
Expert 21	Oui, nécessité que les lieux de soins et d'accueil soient dans la cité (et non dans des lieux stigmatisés). Importance des partenariats dans la continuité des accompagnements / parcours
Expert 26	Attention concernant la sécurité des lieux d'accueil à ne pas les déshumaniser. Lorsque l'accueil se fait à travers un interphone, porte fermée, ce n'est pas très chaleureux. Peut-être à préciser dans la recommandation.
Expert 29	Sur le principe, je suis plus que d'accord ! Dans la pratique, on voit rapidement les limites. un turn-over important des collègues car planning compliqué, salaires bas et situations complexes à accompagner. des effectifs réduits pour des situations qui nécessiteraient beaucoup plus de présence. L'intérêt et la nécessité de l'ext est là mais peu de temps pour pouvoir le faire.
Expert 36	très difficile à appliquer concrètement, notamment pour les besoins de première nécessité type mise à l'abri : peut-etre rappeler qu'on est dans le chapitre des "principes généraux" car cette recommandation est très theorique
Expert 38	les trois premières propositions sont primordiales

Proposition 8

Il est recommandé de promouvoir la reconnaissance des droits des personnes et l'accès effectif à ceux-ci, dans une optique d'équité et de justice. Cela implique :

Pour les pouvoirs publics ;

- de faciliter les procédures administratives ;
- de sensibiliser les agents aux spécificités de l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques .

Pour les services spécialisés dans l'accompagnement des personnes en grande précarité et présentant des troubles psychiques :

- de mener une action de plaidoyer auprès des administrations compétentes et des acteurs intervenant auprès de ces personnes ;
- de mener une action de plaidoyer auprès des partenaires et du grand public et de favoriser un accès effectif aux droits et à la citoyenneté des personnes ;

de proposer une aide et un soutien aux personnes pour faire valoir leurs droits, y compris dans des procédures contentieuses.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.58

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	1	8	27	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	2.63	21.05	71.05	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Les recommandations tendent à un idéal. Dans les faits, les procédures administratives restent très rigides et difficilement adaptables aux situations particulières. Exemple d'un homme d'origine algérienne, en France depuis plus de 20 ans et qui n'a pas renouvelé son titre de séjour dans les temps en partie à cause de sa pathologie psychiatrique. Cet homme a perdu ses ressources, sa couverture sociale, son appartement. Même accompagné par des travailleurs sociaux, la situation est bloquée depuis des mois.

Expert 2	p.11-12 : Est-ce que les deux premières propositions pourraient être regroupées ? Est-ce que la troisième appartient bien au champ de "Transformer l'environnement" ou plutôt à une sous-partie sur les droits ?
Expert 5	les services spécialisés dans l'accompagnement des personnes en grande précarité et présentant des troubles psychiques peuvent ou PAS avoir des compétences en plaidoyer et/ou des compétences en droit. Ce sont des véritables compétences qui ne s'improvisent pas, malgré les bonnes volontés de tout et chacun.
Expert 20	Reconnaître les droits de l'homme , promouvoir la dignité humaine et le respect offrent une raison de vivre , de garder espoir dans son existence. Le concept d'advocacy qui trouve son origine dans le droit est crucial et doit être identifié comme un des rôles essentiels des acteurs qui sont en proximité , qui ont crée une relation de confiance empathique cognitive, émotionnelle, réciproque .
Expert 21	Oui, difficulté pour les services qui fonctionnent de façon décloisonnées avec leurs partenaires sur le terrain de pérenniser leurs dispositifs, les financements étant en silos
Expert 26	Je suis d'accord sur les principes mais je trouve cette recommandation peu concrète. Comment mener des actions de plaidoyer ?
Expert 38	c'est propositions sont fondamentales ayant des étrangers souvent en situations irrégulières qui sont très souvent en souffrances psychiques

1.4. Lutter contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation

Proposition 9

Expliquer les discriminations dont sont victimes les personnes permet de lutter contre la stigmatisation. Il est recommandé de développer des actions de lutte contre les discriminations et la stigmatisation construites avec les personnes concernées, afin de faire évoluer les préjugés.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	2	8	26	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	5.41	21.62	70.27	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	"Expliquer les discriminations dont sont victimes les..." = proposition "Repérer et expliquer".
Expert 4	Je retiens aussi sur ce sujet de renforcer la paire-aidance autant que possible, voire la représentation des personnes accompagnées dans les différentes instances décisionnelles ou représentatives (CRPA)
Expert 8	Il est recommandé de développer des actions de lutte contre les discriminations et la stigmatisation "en collaboration" avec les personnes concernées
Expert 10	diffuser d'autres pratiques émergentes ou permettant la compréhension des troubles psychiques expliquer les conséquences à la consommation de drogues (modification des réalités pour obtenir ce qui définit comme un néo-besoin) et au sans -abrisse (méfiance envers l'autre)
Expert 11	oui, mais c est un travail a long terme.
Expert 18	Oui mais nécessiterait d'être précisé. En l'état reste assez flou.
Expert 20	Expliquer à qui ? avec quels outils de communication ? Des exemples d'actions de lutte ? << Construire avec >> et pas <<pour >> traduit une nouvelle fois la volonté de ces recommandations de vouloir apporter des changements majeurs pour aller de l'avant , combattre les préjugés par le biais d'actions à forte valeur ajoutée et pour une nouvelle façon de parler des personnes en grande précarité avec des troubles psychiques.
Expert 21	Oui les personnes intégrant à leur propre compte cette stigmatisation
Expert 22	Les actions de prévention dans ce domaine sont essentielles.

Expert 24	il. est important de travailler sur les représentations vis à vis des addictions et de la maladie mentale
Expert 36	manque un mot explicatif sur l'auto stigmatisation
Expert 38	c'est primordial

Proposition 10

Les professionnels peuvent également être porteurs de stigmatisation. Notamment le langage employé ayant une importance majeure dans les processus de stigmatisation, les termes réduisant la personne à sa maladie ou à sa situation sociale doivent être proscrits. Même des éléments de langage, des attitudes, des habitudes du quotidien qui paraissent anodins, peuvent être vécus par certaines personnes comme enfermant, infantilissants, voire blessants.

- Il est recommandé aux professionnels d'interroger en permanence leurs propos, leurs pratiques et leur posture pour s'assurer de ne blesser personne et pour les réajuster et les adapter à chacun ;

- Il est recommandé de former et de sensibiliser professionnels dès la formation initiale à l'importance du langage dans la lutte contre la stigmatisation. Ces formations doivent être construites avec des personnes concernées.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	2	6	27	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.70	2.70	0.00	5.41	16.22	72.97	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.70	97.30

Expert	Commentaires
Expert 2	"Les professionnels peuvent également être porteurs de stigmatisation. Notamment..." = proposition "Les professionnels peuvent également faire preuve de stigmatisation..." ?
Expert 5	Le langage jargon médical est difficilement compréhensible pour une grande majorité de personnes. Commencer par recommander d'être sûr de se faire comprendre et de comprendre l'autre (avec interprète professionnel pour les allophones)!
Expert 8	à sa situation sociale ou "son hygiène physique et vestimentaire" doivent être proscrits
Expert 9	Pourquoi limiter la recommandation aux "professionnels"? Proposition: Il est recommandé à l'ensemble des acteurs d'interroger...
Expert 10	des formations concernant la RDR à plusieurs champs (sanitaire, social)
Expert 11	en d autres termes, apprendre aux travailleurs sociaux des leur formation a moins "intellectualiser" et moins "psychologiser", trouver un langage commun avec leurs interlocuteurs.
Expert 16	Page 12 : J'enlèverai le "Notamment" en début de phrase car il s'oppose au terme "ayant"
Expert 17	Utilisation de la méthode FALC (facile à lire et à comprendre) au sein de chaque structure.
Expert 18	+ approche centrée-patient et prise en compte de l'autre culture
Expert 19	Accord total de principe et de stratégie. La force de la routine et les prétextes, vrais ou mis en avant, de manque de temps viennent affaiblir la pérennité des changements recommandés
Expert 20	Tout à fait d'accord avec cette proposition ,cependant deux réflexions : Quelles instances seront appelées à évaluer nos pratiques , à juger de notre posture ? Ne pas tomber dans le piège d'une empathie qui pourrait affecter notre sens critique, la prise de décisions et faire courir le risque de ne pas proposer les meilleurs moyens d'inter agir pour répondre aux besoins, au désir d'autonomie , de liberté de ces personnes qui sont souvent perdues dans leurs contradictions ou

	leur souffrance.
Expert 21	Oui malheureusement... Importance par exemple d'intégrer à la formation des internes de psychiatrie des cours sur la réhabilitation psychosociale et le rétablissement (ce qui n'est pas le cas...)
Expert 22	Ce point est prioritaire, les habitudes et les cadres de vie ne doivent en rien abaisser le respect que l'on doit à toute personne
Expert 23	- Remettre en question nos pratiques en s'appuyant sur la paroles des usagers: mise en place de réunion soignants/ soignées; développement de comité "droits des usagers" au sein des institution pour porter la parole des personnes concernées.
Expert 24	idem item précédent
Expert 26	Peut-être mettre un exemple de propos pour rendre cette recommandation plus concrète ? Là, les lecteurs peuvent tous se dire : moi, je fais attention, moi je ne fais pas de discrimination ou de stigmatisation, alors que si c'est une phrase qu'on a l'habitude d'entendre, cela peut amener à se remettre en question
Expert 29	Il est aussi recommandé d'engager des professionnel.les diplômé.e.s car cela devient rare (et donc faire preuve d'attractivité) mais aussi avoir des encadrant.e.s formé.e.s !
Expert 34	la formulation "doivent être proscrits" est trop tranchée: les termes réduisant la personne à sa maladie ou à sa situation sociale doivent être maniés avec précaution afin de ne pas réduire la personne à la pathologie dont elle souffre ou à la situation sociale. La personne ne saurait se définir par sa situation ou sa pathologie.
Expert 36	la présence d'un pair ou d'un MSP favorise l'amélioration du langage utilisé et participe à destigmatiser
Expert 38	surtout ne pas faire à la place de la personne mais aider en respectant ses demandes et ne pas infantiliser

1.5. Mettre en place des espaces de réflexion collégiale pour interroger ses pratiques en continue

Proposition 11

L'accompagnement des personnes en situation de grande précarité peut mettre en difficulté les professionnels et soulever des questions éthiques qui nécessitent une réflexion collégiale. Il est recommandé de mettre en place des espaces d'analyse de pratiques et/ou de réflexion éthique permettant de partager les questionnements et interrogations qui se posent avec les personnes concernées, l'équipe, les partenaires. Lorsqu'une situation individuelle est évoquée, les échanges ne peuvent avoir lieu que dans l'intérêt de la personne et avec son accord dans le respect des règles régissant le secret médical et le secret partagé.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.55

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	3	7	26	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	0.00	8.11	18.92	70.27	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Peut-être un mot sur l'interprétariat, comme cela est le cas dans la suite du document, en lien avec l'augmentation des personnes non francophones ?
Expert 3	Je pense qu'il faudrait substituer au terme "secret partagé", qui n'a pas réellement d'existence légale ou juridique (et dont le sens varie d'une institution à l'autre, voire d'un service à l'autre au sein des institutions), celui de "transmission des informations à caractère personnel ou secret", qui est plus précis et dont les règles ont été abordées et précisées par le haut conseil du travail social assez récemment (fichier joint).
Expert 8	l'équipe a besoin de se parler aussi et pas forcément sur un cas spécifique. Le questionnement sur le mode de fonctionnement de l'équipe est à aborder aussi, par exemple pour éviter les disparités de prise en charge et les clivages.

Expert 10	permettre la posture d'interrogation des situations accompagnées et des postures des professionnels est indispensable pour un meilleur accompagnement des usagers et pour un accompagnement des professionnels de ces structures (éviter l'épuisement)
Expert 18	L'accord personnel du patient lors de réunions de concertations pluridisciplinaires en structure d'exercice coordonné (par exemple maison de santé pluriprofessionnelle) est en pratique très compliqué. Les coordinatrices de notre structure m'ont fait part de consensus plutôt à informer tous les patients que l'information est partagée et que les problématiques peuvent être discutées au sein de l'équipe de soins. Dernière phrase à adapter à la réalité du terrain ?
Expert 20	La création de ces lieux d'expression éthique est indispensable pour aider les intervenants confrontés à des situations d'une grande complexité à partager, échanger, libérer la parole afin de s'adapter en permanence, d'harmoniser les pratiques.
Expert 21	Oui, les questions éthiques nécessitent de sortir de sa vision monodisciplinaire et de partager de façon collégiale / interdisciplinaire. Avec accord et dans l'intérêt (loi de modernisation du système de santé 2016 redéfinissant les modalités d'échange entre sanitaire, médico-social et social) des personnes accompagnées.
Expert 31	Je pense qu'il faut adapter la fiche des postes de tous les professionnels qui aide la personne précaire ou en souffrance psychique, en intégrant le secret médical. - ça permettra une possible adhésion à la confiance dans les professionnels - une facilité de la prise en charge de la personne par les professionnels. Souvent les médecins sont très restrictifs dans les informations qu'ils peuvent donner par crainte du non respect du secret médical.
Expert 34	il est des situations où l'accord de la personne est impossible et pourtant elle a besoin d'un accompagnement voir d'une prise en charge pluridisciplinaire. On commence à voir sur le terrain des situations non prises en charge pour ce motif qui pourrait ainsi devenir une nouvelle forme d'excuse au non recours.
Expert 36	recommandation très générale qui peut s'appliquer dans tous les champs du sanitaire et/ ou du social, etc., précaire ou pas
Expert 38	tout a fait d'accord

2. Assurer l'accès aux droits et leur respect

L'accès aux droits apparaît comme un préalable à l'inscription dans un parcours (de santé, d'insertion sociale, de vie). Au-delà, l'accès aux droits et l'exercice de ceux-ci sont essentiels pour s'inscrire dans la citoyenneté. Or, l'accès aux droits et le maintien des droits pour les personnes en situation de grande précarité avec des troubles psychiques sont souvent difficiles. Les personnes ne sont pas toujours informées sur leurs droits et les modalités pour y accéder. Lorsqu'elles le sont, elles rencontrent des difficultés à les faire valoir, souvent en lien avec des exigences administratives qu'elles ne peuvent satisfaire (mauvaise compréhension des documents demandés, documents exigés impossibles à produire...) ce qui engendre des situations de non recours ayant des conséquences délétères sur leur santé somatique et psychique. Le non recours aux droits peut également être lié aux réticences à se confronter à des procédures chronophages et porteuses de risques de stigmatisation, ou à la peur des conséquences (réelles ou

supposées) d'être identifié par les dispositifs.

2.1. L'accès aux droits et le maintien dans les droits

Proposition 12

Il est recommandé d'informer les personnes sur leurs droits, les prestations auxquelles elles peuvent prétendre et les modalités pour y accéder. Cette information doit également porter sur les prestations automatiques, les aides locales qui peuvent être différentes d'un territoire à un autre (aides apportées par les centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les conseils départementaux, les fonds de solidarité logement).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.74

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	3	4	31	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7.89	10.53	81.58	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	etc.
Expert 3	Je pense qu'il est également possible de citer la MDPH en tant qu'exemple de structures porteuses de droits vis-à-vis de laquelle il faut pouvoir informer les personnes. Peut-être également indiquer qu'il est recommandé de pratiquer la transcription documentaire en Facile à Lire et à Comprendre (FALC), qui est souvent citée pour les personnes avec déficience intellectuelle mais qui est également utile pour celle présentant un trouble psychique avec répercussions cognitives. Pour exemple, un guide FALC de l'Unapei sur la question des droits liés aux mutuelles santé.
Expert 5	Informé ok VS "les difficultés à les faire valoir, souvent en lien avec des exigences administratives qu'elles ne peuvent satisfaire (mauvaise compréhension des documents demandés, documents exigés impossibles à produire...)"
Expert 8	Cette information peut se répéter le long de la prise en soin en fonction de l'état psychique du patient et de l'alliance thérapeutique.
Expert 11	Certes, mais cela reste trop complexe pour une grande partie du public que nous accompagnons.
Expert 20	Pour une information de santé accessible et compréhensible
Expert 23	- Pour les personnes exilées souffrant de troubles psychiatriques, une réflexion pluridisciplinaire est souvent nécessaire pour explorer les différentes options auxquelles le patient a le droit (droit au séjour pour raisons médicales psychiatriques, demande d'asile etc). Si nécessaire, il faut pouvoir demander conseil auprès des permanences dédiées (Cimade, Comede etc).
Expert 24	A préciser : cette information doit être adaptée à la compréhension de l'utilisateur : niveau scolaire (illétrisme, analphabétisme) de langue (population migrante) de trouble cognitif liée à la consommation de produit .
Expert 26	C'est la base du travail
Expert 29	Cela semble bien évidemment logique mais il est aussi nécessaire en face d'avoir des démarches simplifiées, avec des délais de traitement raisonnables, pas de perte de documents, ne pas redemander toujours les mêmes documents. Avoir aussi des droits qui soient lisibles (il n'y a parfois pas les mêmes explications au sein du même organisme).
Expert 31	Quel matériel utiliser pour les informer? - Flyer en différente langue - panneau?

	- Vidéo?
Expert 38	hélas bien souvent les personnes ne recevoir aucunes informations et sont particulièrement en difficultés

Proposition 13

Il est recommandé d'aller-vers les personnes en situation de non recours afin de favoriser l'émergence de la demande d'aide.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	1	6	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	2.70	2.70	16.22	75.68	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 9	Compléter l'aller vers par l'Etre avec

Expert 10	l'allers-vers mais sans demande de résultat immédiat, dans le temps de l'autre. Quelle possibilité dans une société du chiffre et du résultat....trop d'aller vers n'aide pas à ramener les personnes vers le droit commun.
Expert 20	Garder le lien est crucial surtout si cet << aller vers >> proposé ,est refusé par les personnes . Accepter le refus ne signifie pas renoncer cela peut-être une première étape dans l'établissement de la relation de confiance . Souvent les infirmières jouissent d'un capital confiance très important qui peut dans certains cas les autoriser à entreprendre des démarches autorisées par les personnes.
Expert 21	oui mais encore une fois avec les moyens de le faire (équipes mobiles).
Expert 36	même lorsqu'elle ne formule aucune demande d'aide à l'origine le principe de l'aller vers va au delà de l'accès aux droits : ne faut il pas regrouper une seule fois pour tout le document les spécificités de l'aller vers dans un encadré spécial?
Expert 38	c'est certainement le mieux pour les personnes vivant a la rue

Proposition 14

Il est recommandé de rappeler aux personnes leurs rendez-vous pour les ouvertures de droits. Les moyens de communication doivent être choisis en fonction des préférences des personnes (téléphone, sms, mails, courrier, rencontre, tiers aidant). Les équipes mobiles peuvent être mobilisées pour ces rappels.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.56

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	1	9	26	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	2.63	23.68	68.42	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	etc.
Expert 4	Difficultés parfois à bien délimiter la création du lien et l'orientation vers le droit commun à l'accompagnement (ce qui renvoie aux limitations des financements à des missions délimitées et excluant parfois les personnes les plus fragiles)
Expert 5	A condition de donner les moyens aux équipes mobiles pour le faire! très peu de RH de secrétariat / administratif dans les EMPP à ma connaissance.
Expert 8	Et de rappeler le lieu des rendez-vous, les horaires d'ouverture et les conditions d'accès (transport en commun, plans).
Expert 18	Intégration pratique à une structure en soins primaire non spécialisée de la précarité compliquée : il existe des modalités de prise de RDV et de rappels de RDV spécifiques aux structures, et pas toutes n'auront les moyens de proposer tous les moyens de communication énoncés pour s'adapter à chaque patient. Nuancer aux possibilités concrètes / techniques des équipes et favoriser la multiplications des possibilités ?
Expert 20	Dans la mesure du possible , avec les moyens dont nous disposons.
Expert 24	A préciser : elles doivent être adaptés à la préférence et aux conditions sociales du sujet : grande précarité c'est parfois : - pas de boîte postale d'accès à internet ... - privilégier l'aller vers et l'accompagnement physique de l'utilisateur - les accompagnants (cassa, équipe mobile psy et précarité) je placerais la reco 15 avant la 14
Expert 26	Un système de parrainage ou de coaching d'une personne bénévole ou d'un travailleur social référent peut aussi être mobilisé, dans le cadre de démarche innovante mais qui fonctionne
Expert 27	préférez courriels
Expert 29	Reconnaître une place importante au tiers (amicale ou pro) pour les plus grand.e.s exclu.e.s pour qui les messages par téléphone, sms, courriers ne fonctionnent pas. Il faudrait aussi proposer des permanences sans rendez-vous pour chaque type de démarche.
Expert 31	Egalement il est recommandé d'accompagner ces personnes à leur rendez-vous

	par des associations du territoires concernés.
Expert 33	Recommandation difficile à mettre en œuvre mais importante (garder le lien).
Expert 36	idem pour le rappel des rdv autres que ceux des droits à regrouper dans un encadré ?

Proposition 15

Il est recommandé de proposer aux personnes de les accompagner lors de leurs rendez-vous pour l'ouverture de droits. La personne doit pouvoir choisir si elle souhaite être accompagnée et par qui (professionnel de santé, médiateur, travailleur social, pair, réseau...).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.64

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	3	5	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	7.89	13.16	76.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Peut-être citer également les psychologues, qui ne sont ni professionnels de santé ni travailleurs sociaux, mais qui agissent également souvent comme accompagnateurs dans ce type de contexte?
Expert 4	même commentaire que précédemment, cela demande pour des Equipes Mobiles des financements de l'ordre de l'accompagnement (au-delà de la création du lien)
Expert 5	idem, faut avoir les moyens en RH pour pouvoir proposer ces accompagnements.
Expert 8	prévoir au moins deux accompagnants possible en fonction des congés et pour la transmission des informations aux autres membres de l'équipe
Expert 18	A adapter au contexte et faisabilité. Par exemple dans des équipes de soins primaires ambulatoires il ne sera pas forcément possible de détacher un professionnel de santé, au risque de grever l'accès aux soins.
Expert 21	Importance majeure de l'accompagnement dans les démarches de réinsertion socio-professionnelle
Expert 22	La disponibilité du professionnel n'est pas toujours possible
Expert 24	OUI
Expert 26	Peut-être préciser que cela permet non seulement de rassurer la personne accompagnée mais aussi le service qui va la recevoir et qui n'est pas forcément formé à gérer ce type de situation
Expert 29	avec le rappel que le professionnel de l'organisme se doit de s'adresser à la personne concernée et pas à l'accompagnant qui est là pour faciliter le lien mais qui ne représente pas la personne.
Expert 36	choisir par qui elle pourra être accompagnée est un peu utopique car ce sera surtout en fonction du service qui accompagnera l'utilisateur dans ses démarches ? cela peut être discréditer que d'en mettre trop?
Expert 38	oui et cela permet de pouvoir relancer les demandes les plus urgentes

Proposition 16

Il est recommandé aux services accompagnant les personnes en situation de grande précarité de développer des partenariats et des conventionnements avec les administrations pour permettre l'accès aux droits des personnes accompagnées. Ces partenariats peuvent prendre la forme de permanences dans les structures, de désignation d'interlocuteurs privilégiés de part et d'autre pour traiter des situations administrativement complexes et éviter les ruptures de droits.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.79

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	4	33	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	0.00	0.00	10.53	86.84	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 9	La réciprocité peut être également demandée: recommander aussi aux administrations de développer des partenariats avec les services accompagnants les personnes
Expert 10	la problématique est la disponibilité des administrations qui ne cesse de se dégrader (délais plus longs d'attente au téléphone, à obtenir des RDV dans la localité des personnes, la diminution des partenariats des administrations par le manque d'interlocuteurs privilégiés)
Expert 11	Sinon, La volonté des pouvoirs publics existe elle vraiment ?
Expert 16	Dans les formes de partenariats, je proposerai également "de protocoles de coopérations"
Expert 18	Et conventions pour ouverture des droits avec la CPAM. A développer dans les structures de soins primaires, dont maisons de santé pluriprofessionnelles, prenant en charge de façon régulière des patients en situation de grande précarité, à fortiori bénéficiant de travailleurs sociaux (comme les structures d'exercice coordonné participatives).
Expert 20	proposition très pertinente ȷ. qui nécessitera là encore des moyens importants et un changement de paradigme institutionnel ..

Expert 21	Oui, déblocage/fluidité des parcours de réinsertion socio-professionnelle grâce aux partenariats.
Expert 27	peut être préciser les administrations dont on parle ici : CPAM ? sPADA ?
Expert 33	je suis en accord sur le fond, en revanche la recommandation n'est pas assez précise.
Expert 38	c'est essentiel surtout pour les étrangers qui se voient subitement retirer leurs pour un simple documents non fournis

Proposition 17

Il est recommandé aux administrations de simplifier l'ouverture des droits. Notamment, il est recommandé :

D'être accessibles dans le temps et l'espace. Cela peut inclure :

Le maintien et le développement de lieux d'accueil physique ;
 La mise en place de plages horaires d'accès libre ;
 Une vigilance pour proposer des délais de rendez-vous acceptables ;
 La désignation de personnes référentes sur les questions de grande précarité ;
 Le regroupement de différents services sur un même site autant que possible ;
 Le développement de pratiques d'aller-vers les publics. Ce développement de l'aller-vers pourra s'appuyer sur les acteurs du dispositif Accueil, Hébergement, Insertion (AHI). Des conventions pourront notamment être passées avec les Services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO).

D'accepter les justificatifs de manière souple et de ne pas imposer de contraintes au-delà de la réglementation.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.77

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	7	30	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	18.42	78.95	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Il me semble qu'il est important de pouvoir faire preuve de souplesse, car l'organisation des administrations est souvent lourde. Imposer des plages horaires ou le regroupement de services pourrait alors rester des vœux inexaucables. Un référent sur les questions de grande précarité, comme noté dans la proposition, et si il a les moyens de faire évoluer le service, constitue une bonne solution.
Expert 3	Peut-être aussi ajouter le point "créer des brochures explicatives et des plans d'accès géographiques mis à disposition des personnes en situation de grande précarité (présentoirs extérieurs, distribution en partenariat avec les acteurs impliqués dans l'accompagnement tel que le Samu social) pour faciliter leur connaissance de l'administration"?
Expert 5	On en rêve!!!
Expert 11	Entièrement d'accord, mais quid de la volonté des administrations ?
Expert 20	Même commentaire que précédemment Suite à un reportage récent très enrichissant sur les animaux de compagnie des personnes en grande précarité qui dans un certain nombre de cas leur empêche l'accès à de nombreuses activités, il serait pertinent d'introduire une réflexion sur ce sujet
Expert 21	Oh oui, ce serait bien tout cela, conventions avec le Siao pour réduire les temps de traitement (ils sont saturés comme toutes les plateformes d'évaluation et d'orientation...)
Expert 26	L'aller vers et les permanences physiques sont d'importance primordiale
Expert 33	Accord sur le fond, mais cela demande + de moyens humains et logistiques.

Expert 36	est ce que les administrations et les pouvoirs publics qui s'y rattachent sont destinataires de ces recommandations? Les pouvoirs publics sont en effet cités, mais est-ce que les recommandation HAS seront légitimement prises en compte ?
Expert 38	les propositions 1 2 3 4 5 et en particulier un guichet demande a un plus grand développement

Par ailleurs, au-delà du non recours complet aux droits et prestations, certaines personnes peuvent connaître des périodes de non recours partiel ou de non accès temporaire à leurs droits : · Les périodes de transitions sont repérées comme particulièrement à risque de non accès aux droits et aux prestations, les délais de traitement de certaines administrations pouvant être longs. Il s'agit notamment des situations modifiant les droits des personnes (naissances, veuvage, départ à la retraite, sortie d'incarcération) et des changements de départements. · les personnes en situation de précarité peuvent alterner des périodes d'emploi et de chômage entraînant des indus ou des rappels de certaines prestations qui peuvent les mettre en grande difficulté.

Proposition 18

Il est recommandé de traiter les changements de situation dans les meilleurs délais.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.46

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	0	0	8	27	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.70	0.00	0.00	0.00	2.70	0.00	0.00	21.62	72.97	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.70	97.30

Expert	Commentaires
Expert 2	"(naissances, veuvage, départ à la retraite, sortie d'incarcération)" + etc.
Expert 5	Dans certains cas il s'agit même d'anticiper: ex. renouvellement d'AME.
Expert 9	la période "meilleurs délais" n'est pas assez précise
Expert 24	On ne peut être que d'accord avec cette proposition mais peut être définir ce qu'est un délai acceptable. 2 mois ? 1 semaines ?
Expert 26	Un joli voeu pieux
Expert 31	Ceci est possible si les services concernés recrutent.
Expert 38	oui

2.2. Le droit au logement

Le droit au logement est un droit fondamental et un déterminant essentiel de la santé. Le droit international relatif aux droits humains reconnaît le droit de chacun à un niveau de vie suffisant et notamment à un logement convenable. Un logement convenable, en plus d'offrir un abri assure :

- La sécurité d'occupation (protection juridique contre les expulsions forcées, le harcèlement et les autres menaces) ;
- L'accès à l'eau potable, à des installations d'assainissement, à une source d'énergie, à un lieu de stockage pour la nourriture, à un dispositif d'évacuation des ordures ménagères ;
- Un coût accessible ;
- L'habitabilité (sécurité physique, protection contre les variations climatiques) ;
- L'accessibilité (prise en compte des besoins spécifiques des groupes défavorisés et marginalisés et accessibilité des services) ;
- Le respect du milieu culturel.

En France le droit à un logement est reconnu comme un droit à valeur constitutionnelle et garanti par la loi n°2007-290 du 05 mars 2007 qui le rend opposable (droit au logement opposable (DALO)).

Proposition 19

Les situations de mal-logement génèrent des inégalités sociales de santé majeures. Il est recommandé à l'ensemble des acteurs de l'accompagnement social et du soin d'accompagner les personnes à l'accès effectif à leur droit au logement, ou à défaut, à l'accès à une solution d'hébergement, soit directement, soit en les orientant vers les partenaires spécialisés.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.74

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	4	32	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	0.00	2.63	10.53	84.21	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Au regard du manque de logements et de places dans les structures d'hébergement (en l'occurrence en métropole lilloise), ce droit inconditionnel n'est en pratique pas respecté. Difficultés d'accompagner les personnes en détresse psychique lorsque s'ajoute la problématique de l'absence d'hébergement.
Expert 2	Une référence aux RBPP "Accompagner vers et dans le logement" ?
Expert 5	Accord total en théorie, mais peut être à nuancer, car les acteurs de l'accompagnement sont également confronté au manque criant de places d'hébergement d'urgence.
Expert 10	le secteur est quand même très bouché!
Expert 18	A nuancer pour les acteurs du soin, surtout hors filière dédiée : cf recommandation du CMG sur la prise en compte de la situation sociale. Prendre en compte, orienter. Mais on ne peut pas demander à un soignant d'accompagner à l'accès à une solution, il s'agira plus de prendre en compte et orienter vers un professionnel capable d'accompagner
Expert 20	Cette proposition constitue une priorité pour relever les défis de la grande

	précarité. L'engagement de tous les acteurs sur les déterminants en santé doit être une responsabilité partagée tant sur le plan collectif qu'individuel. Le développement de politiques publiques encore plus fortes pour le droit au logement pour tous devient incontournable pour une meilleure santé Renforcer les capacités d'action sur les déterminants de la santé contribuera à la réalisation de cette proposition.
Expert 24	il. est important aussi d'anticiper le risque de perte d'un hébergement : anticiper la perte du logement
Expert 26	C'est un beau rappel mais pas très concret
Expert 35	En plus de la question de l'accès au logement, il me semble qu'il y a aussi la question du maintien au logement, et de la nécessaire coordination des différents acteurs afin de privilégier au maximum ce maintien. L'expulsion locative doit à mon sens, être une mesure d'exception. A titre d'exemple, je vous joins ce guide sur les situations d'incurie.
Expert 38	ce domaine du logement est très complexes ,beaucoup de bailleurs sociaux sont réticents pour louer un logement a des personnes avec une pathologie psychiatrique

2.3. Le droit à l'hébergement et à une domiciliation

Le droit à l'hébergement, un droit inconditionnel En France, le droit à un hébergement d'urgence est inconditionnel. Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale peut avoir accès à un hébergement d'urgence et s'y maintenir jusqu'à ce qu'une solution adaptée à sa situation lui soit proposée. Un accompagnement personnalisé doit également être proposé. La loi n°2007-290 du 05 mars 2007 instituant le droit au logement opposable (DALO) rend également le droit à l'hébergement opposable pour les personnes qui ne remplissent pas les conditions d'accès à un logement. Lorsque les personnes ne disposent d'aucune adresse et ne peuvent fournir ni attestation de domiciliation, ni attestation d'hébergement, elles ne peuvent accéder de manière effective à leurs droits.

Proposition 20

Dès lors que les personnes bénéficient d'une solution d'hébergement, il est recommandé qu'elles puissent y recevoir leur courrier et qu'une attestation d'hébergement leur soit délivrée.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.53

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	0	0	4	31	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.63	0.00	5.26	0.00	0.00	10.53	81.58	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.63	97.37

Expert	Commentaires
Expert 5	en terme de plaidoyer faudrait augmenter le nombre d'agrément des structures domiciliataires, car les hôtels ou des autres dispositifs d'hébergement d'urgence ne peuvent pas donner une attestation d'hébergement.
Expert 8	Si c'est un hébergement d'urgence collectif, on sait que les vols et l'insécurité y sont présents, en plus, certains ne sont ouverts que la nuit et sont vite saturés au vu du manque de place. Il faudrait mieux demander une attestation de domiciliation et de d'hébergement après le passage en centre d'hébergement de stabilisation avec espace individuel pour ce lieu de vie. Et donc, en attendant, la personne pourrait avoir une domiciliation dans une structure de suivi extérieur par sécurisation de ses données de vie privée.
Expert 10	certain hébergés ne peuvent pas avoir d'accès à du courrier et doivent être domiciliés (urgence)
Expert 19	accord global, mais veiller à ce qu'elles soient d'entrée de jeu capable de le gérer et d'y répondre.
Expert 21	Je ne suis pas experte mais ça me paraît logique...
Expert 29	Il est aussi recommandé que les organismes reconnaissent bien ces attestations !
Expert 32	En fait une exception est faite par rapport aux demandeurs d'asile dont la demande a été refusé: ils doivent quitter l'hébergement 1 mois après le refus, à la

	rue si pas de solution trouvée, même en période hivernale.
Expert 38	évidement afin d'avoir une domiciliation

Proposition 21

Les personnes ne bénéficiant d'aucune solution d'hébergement doivent être domiciliées.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.82

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	4	33	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	0.00	10.53	86.84	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	1) J'ajouterais pour ma part la nuance "si elles en expriment le désir ou le besoin". Certaines personnes en situation de grande précarité (notamment dans des

	contextes de marginalité) ne le souhaitent pas pour de multiples raisons. Je pense donc que pour respecter l'autonomie et l'autodétermination dont parle l'écrit au début de chapitre, il faut justement faire de cette domiciliation un droit et non un devoir. Pour le repère juridique, il est indiqué que le majeur sous tutelle est domicilié chez son tuteur. Je pense qu'il faut distinguer ici le majeur sous tutelle familiale (qui est effectivement domicilié chez son tuteur) du majeur sous tutelle avec un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM). Dans ce second cas de figure, il arrive plus souvent qu'il soit domicilié sur son lieu de vie réel (habitat privé, FAM, CHRS, MAS, ACT, HU, etc.) plutôt que dans l'organisme tutélaire employant son MJPM.
Expert 14	... dès lors qu'elles le souhaitent.
Expert 16	peut-on rajouter "avec l'aide des partenaires spécialisés" ?
Expert 18	Préciser avant de décliner ces recommandations, après que tous ont droit à un hébergement, qu'il existe une divergence entre théorie et pratique. Dans l'étude PREMENTADA par exemple, ayant étudié la santé physique et mentale de demandeurs d'asile sur Marseille : 45% des demandeurs d'asile déclaraient dormir dans l'espace public (188/477); "The prevalence of pregnancy was 22.7% (27 positive HCG samples / 119 samples taken from female asylum seekers of childbearing age). Among them, 25.9% were sleeping in a public space (7)" Khouani, J., Blatrix, L., Tinland, A. et al. Health status of recently arrived asylum seekers in their host country: results of a cross-sectional observational study. BMC Public Health 22, 1688 (2022). https://doi.org/10.1186/s12889-022-14095-8
Expert 21	Idem
Expert 24	si elles le souhaitent : préciser dans le respect du choix de la personne
Expert 38	oui en se rendant dans les ccas ciao ect ect

L'accès à la domiciliation, repère juridique : Les mairies, les centres communaux d'action sociale (CCAS), les Centre Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS) CIAS sont tenus de domicilier les personnes ayant un lien avec leur commune. Les personnes ayant un lien avec les communes sont celles : · Qui séjournent sur la commune, aucune antériorité ne peut être exigée ; · Qui ont un lien familial avec une personne résidant sur la commune ; · Qui exercent l'autorité parentale sur un enfant qui y est scolarisé ; · Qui exercent une activité professionnelle sur la commune ; · Qui ont un suivi médical, social ou professionnel sur la commune. Les organismes agréés pour la domiciliation sont tenus de domicilier toute personne souhaitant bénéficier du service, dans les conditions prévues par l'agrément. Les personnes en séjour irrégulier (hors Union Européenne, espace économique européen et Suisse) peuvent bénéficier de la domiciliation dans les mêmes conditions pour l'accès à l'aide médicale d'Etat, à l'aide juridictionnelle et à l'exercice des droits civils reconnus par la loi. Les personnes en demande d'asile sont domiciliées par leur lieu d'hébergement, y compris s'il s'agit d'un particulier proposant un hébergement stable. Celles qui ne disposent pas d'un hébergement stable sont domiciliées auprès de la structure du premier accueil des demandeurs d'asile dont elles relèvent (Structure du Premier Accueil des Demandeurs d'Asile SPADA). Le majeur en tutelle est domicilié chez son tuteur.

2.4. Le droit d'accéder aux soins et à la prévention en santé

2.4.1. L'accès à une couverture santé, un préalable nécessaire à l'accès à la santé

L'accès à une couverture santé et l'accès aux soins sont directement corrélés : les personnes ne disposant pas d'une couverture santé renoncent aux soins ou les diffèrent, entraînant l'aggravation des situations et l'accroissement des inégalités de santé.

L'accès à une couverture santé pour les personnes étrangères : Si l'ouverture des droits à une couverture santé peut être difficile pour les ressortissants français, notamment en lien avec les délais de traitement des dossiers, les associations caritatives constatent que pour les personnes étrangères disposant d'un droit au séjour plus ou moins précaire, l'accès à une couverture santé est parfois tellement compliqué que les personnes renoncent à faire valoir leurs droits. Notamment, les personnes ne parviennent que difficilement à justifier leur présence sur le territoire depuis plus de 3 mois.

Proposition 22

Il est recommandé aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) d'instruire les dossiers d'accès à une protection santé des personnes en situation de grande précarité de manière prioritaire et d'accepter les preuves de présence de manière large (attestation de particuliers, d'associations).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	0	1	3	31	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.70	0.00	2.70	0.00	2.70	8.11	83.78	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.70	97.30

Expert	Commentaires
Expert 2	Accès à la couverture santé avant l'accès à la santé ? Ou accès à la santé comme inconditionnel des droits humains, et accès à une couverture santé comme nécessité "administrative" (mais peut-être que je ne suis pas suffisamment expert sur cette question).
Expert 3	Je pense qu'il serait préférable de garantir l'accès aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), qui sont inconditionnelles et peuvent davantage convenir aux personnes éloignées des administrations (notamment en termes de délai et de facilité d'accès).
Expert 8	prévoir des documents en plusieurs langues étrangères
Expert 9	Recommandation d'instruire en logique d'aller vers (modèle période Covid)
Expert 10	manque de partenariats avec les structures médico-sociales
Expert 26	Le délai de 3 mois est vraiment problématique pour certaines personnes en grande souffrance psychique, que ce soit pour des raisons déjà existantes avant l'exil ou par rapport aux traumatismes vécus. Peut-être faire une recommandation de mettre en place des exceptions pour ces situations urgentes ?
Expert 36	en espérant que les pouvoirs publics et les CPAM soient receptives à ses reco...
Expert 38	oui il faudrait plus d'endroits comme les pass et développer des cmp en santé mentale

Proposition 23

Il est recommandé de développer les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dont les PASS mobiles pour permettre un accès aux soins et un accompagnement à l'ouverture des droits des personnes ne disposant pas de couverture santé.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.90

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	4	33	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10.81	89.19	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 18	Le modèle des PASS ambulatoires se développe aussi, différentes du modèle des PASS mobiles. Elles sont principalement adossées sur des centres de santé ou des réseaux de professionnels de soins primaires. Aranda M. Soigner les « exclus » dans les centres et réseaux de santé : des formes de l'institutionnalisation différenciées de l'assistance socio-médicale en médecine de ville. Sociol Prat. 2022;45(2):53-62.
Expert 20	Oh que oui !!!!
Expert 29	oui tant que les délais d'accès pour avoir un rendez-vous seront si long.
Expert 36	évoquer les regroupement EMPP pass psy en EM3P qui apportent la dimension sociale aux EMPP ? ces EM3P existent +++ dans le nord-est l'enrichissement d'une dimension socio-éducative au dispositif EMPP est très précieux
Expert 38	oui et des IDE sont formées pour ces personnes

2.4.2. L'accès à la santé

L'accès à la santé (somatique et psychique) est un droit. L'accès aux soins participe en particulier de la

prévention des troubles psychiques. Or dans la pratique, les personnes en situation de grande précarité et notamment les personnes bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMA) font régulièrement l'objet de refus de soins, y compris psychiatriques).

Proposition 24

Il est recommandé de développer des organisations permettant un accès aux soins pour les personnes en situation de grande précarité. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont dans cet objectif un rôle crucial.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.61

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	2	3	31	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	0.00	5.26	7.89	81.58	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
--------	--------------

Expert 3	Peut-être préciser ici l'existence des "PASS psychiatriques", souvent moins connues et utilisées (même parmi les professionnels de l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité) que les PASS liées aux soins somatiques?
Expert 5	augmenter le nombre de vacations / donc des moyens supplémentaires / de psys en PASS permettrait une meilleur PEC global et une meilleur articulation avec les EMPP et les CMP
Expert 9	Toutes les PASS n'ont pas le même niveau de fonctionnement et de possibilités; dans ce cas ne faut-il pas ouvrir la recommandation à des solutions alternatives (dispensaire, permanences médicales associatives,...)
Expert 11	Particulièrement au niveau du soin psy.
Expert 16	Je remplacerai le terme "crucial" par "pivot"
Expert 18	Le débat entre filière dédiée apportant meilleure expérience des soins mais stigmatisation potentielle VS filière non dédiée est difficile à trancher. Je n'ai pas de références valides à ce sujet. L'enjeux de créer des ponts entre filières dédiées et de droit commun est à considérer. Il existe d'autres types de structures pouvant remplir ce rôle et plus ancrées dans le droit commun, en particulier les Structures d'exercice coordonnées participatives (SECPA) en cours d'expérimentation. Développer les moyens de proposer un modèle médico-psycho-social en soins primaires dans des structure de droit commun classiques (recevant des patients en grande précarité mais aussi l'ensemble des patients du territoire concerné) est à considérer. Jego, M.; Abcaya, J.; Țefan, D.-E.; Calvet-Montredon, C.; Gentile, S. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 309. https://doi.org/10.3390/ijerph15020309
Expert 31	Les PASS sont actuellement situé majoritairement dans les hôpitaux, ce qui est un frein à l'accès aux soins pour les patients. Ce n'est pas du soins primaires. Il faut développer les PASS ambulatoires, et les PASS mobiles pour faire du aller-vers.
Expert 34	Organisations?? qu'entend-on par là? les PASS doivent demeurer des portails d'entrée de soins et de réinscription des droits mais pas l'entrée dans une filière précarité
Expert 36	pourquoi ne pas évoquer les EMPP pour l'accès aux soins psy?
Expert 38	c'est primordial

Proposition 25

Il est recommandé de lutter contre les refus de soins directs et indirects en :

- Développant des organisations permettant un accès aux soins pour les personnes en situation

de grande précarité, appuyés sur les services de santé du territoire : PASS, maisons et centres de santé et les professionnels libéraux (médecins généralistes, infirmiers...);

· Accompagnant les personnes dans leurs procédures de recours.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.65

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	7	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	0.00	2.70	18.92	75.68	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	En pratique, certains CMP limitent les PEC sur leur secteur aux troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles bipolaires) et renvoient les autres motifs de consultations sur l'offre de soins libérale, impossible d'accès à nos publics en situation de grande précarité. Il est aussi demandé aux patients, dans certains secteurs, d'être orienté par un

	médecin traitant, ce qui complique également la démarche.
Expert 2	Ainsi qu'en sensibilisant les professionnels des structures concernées par les refus de soins ?
Expert 3	Peut-être aussi recommander une formation aux droits des personnes au sein des dispositifs de droit commun? Le risque de développer uniquement un réseau secondaire d'accès aux soins (sans rappel à la loi des structures communes) est de pérenniser l'ostracisme émanant du droit commun, et donc de multiplier les procédures de recours plutôt que de les réduire.
Expert 18	ok ça rejoint mes commentaires plus haut. Cependant : la prise en charge intégrée est aussi possible dans ces services de santé, avec les moyens de la mettre en oeuvre (médiation en santé, psychologues, assistantes sociales, +/- psychiatres dans l'équipe de soins, dotations permettant la mise à disposition de besoins de bases, accueil bienveillant etc) Jego, M.; Abcaya, J.; ȳtefan, D.-E.; Calvet-Montredon, C.; Gentile, S. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 309. https://doi.org/10.3390/ijerph15020309
Expert 19	D'accord sur l'ensemble de ce qui est énoncé, il me semble qu'il ne fait pas négliger parfois de suggérer d'engager des procédures contentieuses dont les modalités peuvent être diverses.
Expert 20	Une communication efficace est essentielle au bon fonctionnement de ces modèles de soins axés sur la collaboration. Une caractéristique fondamentale des prises en charge fondées sur cette collaboration est qu'elle encourage la participation active des personnes et de l'entourage aux prises de décisions et au processus de traitement.
Expert 29	Retour ou mise en place de PASS mobile qui soutiennent les équipes en CHRS/CHU avec permanence hebdo et accompagnement médical sur extérieur possible
Expert 34	il faut insister sur le fait que ces organisations ne doivent concerner que l'accès aux soins, qu'ils sont une amorce vers le droit commun.
Expert 36	quelle porcedures de recours evoquez vous?
Expert 38	la pair aidance serait une solution

L'accès aux soins psychiques et psychiatriques L'enquête SAMENTA montre que parmi les personnes ayant un trouble psychiatrique, 68% ont eu un suivi au cours de leur vie, mais seules 18% étaient suivies au moment de l'enquête. L'accès à des parcours de soins en santé mentale est difficile pour ces personnes.

Proposition 26

Il est recommandé de proposer sur chaque territoire de santé une organisation des parcours en santé mentale prenant en compte les spécificités des personnes sans chez soi. Cette organisation devra s'appuyer sur la psychiatrie (publique, privée et associative) et intégrer les acteurs des soins

primaires. L'organisation de ces parcours peut prendre appui sur les instances de concertation et de coordination territoriale (Projet Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) ou Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)). Cette organisation :

- garantira aux personnes en situation de grande précarité des soins de qualité ;
- proposera des réponses de proximité, à haut seuil d'inclusion, permettant une adhésion des personnes.

Les Projet Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) permettent notamment aux acteurs de prioriser les actions en faveur de la santé mentale qu'ils souhaitent développer.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.42

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	0	3	3	28	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.63	0.00	0.00	0.00	2.63	0.00	7.89	7.89	73.68	5.26

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 1	Les règles de sectorisation pour les personnes sans domicile (répartition par date de naissance sur la métropole lilloise) peuvent être un frein à l'accès aux soins. En effet, il est parfois demandé au patient d'adhérer à un suivi dans une structure très éloignée de son lieu de vie, difficilement accessible en transport en commun. Ce souci d'équité entre les secteurs va à l'encontre de l'intérêt du patient.
Expert 3	Peut-être indiquer ici, également, le rôle des DAC, qui peuvent venir en appui aux professionnels de santé libéraux?
Expert 4	Permettre des liens de plus grande proximité, voire d'urgence, entre les structures d'hébergement et les soins (psychiatrie et urgences entre autres).
Expert 5	Je ne vois pas comment on peut s'appuyer sur la psychiatrie privée pour des personnes sans droits et sans ressources
Expert 8	la recommandation est bonne mais la psychiatrie a-t-elle les moyens humains et financiers? Par exemple, en CMP, certaines consultations sont à 6 mois après la prise de rendez-vous par manque de personnel médicaux et paramédicaux.
Expert 9	PTSM pas assez opérationnel si il s'agit d'organiser concrètement; mettre plutôt en avant le rôle des ARS s'appuyant sur les PTSM
Expert 21	Oui, pour l'instant il s'agit essentiellement des missions de la psychiatrie publique et associative. En espérant que la psychiatrie privée y participe aussi... (mission des PTSM?)
Expert 23	- La psychiatrie publique de secteur doit assurer une continuité des prises en charge, malgré les mouvements des personnes concernées. Les changements intempestifs de CMP faute de lieu d'hébergement stable, favorisant les ruptures de soins. - Les équipes de 1ère ligne auprès des personnes concernées, doivent prévoir leur accompagnement lors d'une prise de contact avec CMP, services psychiatriques d'urgence etc, pour faciliter un accueil dans de bonnes conditions.
Expert 24	IL peut aussi s'appuyer sur les Dispositif d'Appui et de coordination https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/reglementation-et-orientations-des-dac
Expert 31	Sur le principe, je suis d'accord, mais n'est pas le rôle des CPTS d'essayer d'organiser tous les soins (somatique et psychique) autour du patient , et de prendre également la santé mentale et de créer des PTSM.
Expert 33	La psychiatrie, quelle soit publique, privée ou associative n'est pas assez présente sur les territoires, dans ces conditions il s'agit d'un vœu pieux.
Expert 38	dans les établissements en santé mentale les lits sont trop insuffisants et souvent les patients se retrouvent incarcérer et ne bénéficie pas de soins adaptés

Les secteurs de psychiatrie et les personnes sans chez soi : La sectorisation psychiatrique a été mise en place dès 1960 pour proposer une offre de soins de proximité (prévention, soins postcure, et réadaptation) en ambulatoire au cœur de la cité. Cependant peu de secteurs de psychiatrie ont mis en place un fonctionnement permettant un accueil et un accompagnement de qualité des personnes sans chez soi. Certains secteurs ont mis en place des règles de sectorisation en hospitalisation et en ambulatoire

spécifiques aux personnes sans chez soi. Ces règles permettent la répartition du suivi des personnes sans chez soi entre les différents secteurs d'un territoire et visent à éviter la saturation des lits d'hospitalisation (répartition des personnes en fonction de leur date de naissance, de l'initiale de leur nom, des jours de permanence des hôpitaux). Ces règles ont cependant souvent pour effet de rendre difficile voire impossible le maintien dans les soins. En effet, il est parfois proposé à certaines personnes de se présenter dans des structures ambulatoires très éloignées de leur lieu de vie réel, alors même que la mobilité est une difficulté majeure pour les personnes en situation de grande précarité. Les personnes sans chez-soi doivent être accueillies et accompagnées au sein du Centre Médico-Psychologiques et des structures ambulatoires de la psychiatrie de secteur de leur bassin ou lieu de vie habituel, si elles le souhaitent.

3. Mettre en place et coordonner les interventions auprès de la personne

Les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques ont des besoins sociaux et de santé intriqués qui nécessitent : · l'articulation des compétences et de l'expertise de professionnels et acteurs issus d'horizons différents pour aller vers, évaluer, et assurer l'accompagnement de la personne et ses soins de manière coordonnée ; · des interventions adaptées ; · le développement de la médiation en santé et de l'intervention de pairs-aidants ; · la formation et le soutien des professionnels. En ce sens, l'organisation du repérage et des interventions peut s'appuyer sur une gradation des interventions pour la santé mentale et le soutien psychosocial qui va de l'entraide du voisinage aux interventions les plus spécialisées.

3.1. Développer des organisations pluridisciplinaires

La littérature et les recommandations internationales mettent en avant un modèle d'équipe pluridisciplinaire intégrée pour répondre aux besoins des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. Certains dispositifs français s'inscrivent dans cette lignée en s'efforçant de coordonner des équipes de champs et structures différents. Les compétences nécessaires à articuler sont en particulier, celles : · de pairs-aidants porteurs d'un savoir expérientiel sur la précarité et la maladie mentale (voir la section sur les pairs aidants) ; · de professionnels de santé de disciplines différentes : addictologie, psychiatrie et santé mentale, soins primaires/médecine générale, médecine d'urgence..., en particulier médecins et infirmiers ; · de travailleurs sociaux ; · De médiateurs en santé ; · de professionnels du logement social, en particulier responsables de la prévention des expulsions et gardiens d'immeubles ; · de professionnels des équipes spécialisés dans le sans-abrisme et l'aller-vers (en psychiatrie, addictologie, travail social, etc.) ; · de mandataires judiciaires à la protection des majeurs, pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection. Point de vigilance : Échange et partage d'informations entre professionnels intervenant dans les secteurs sanitaire, social et médico-social Le principe fondamental est que toute personne a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant. L'échange d'informations entre professionnels est cependant possible dès lors que cela est utile à la coordination et à la continuité des soins ou à l'intérêt du personne. Le code de la santé publique définit le cadre et les conditions de ce partage d'informations, en particulier dans le cadre de l'équipe médicale et sociale accompagnant la personne. Dans tous les cas, la personne doit être spécifiquement et préalablement informée de ce partage et peut s'y opposer.

Proposition 27

Il est recommandé aux acteurs du sanitaire, du social et du médico-social de se coordonner sur un territoire donné pour proposer des réponses intégrées prenant en compte les besoins sociaux et les besoins de santé somatique et psychique des personnes en situation de précarité présentant des troubles psychiques.

En particulier, il est recommandé aux acteurs du secteur accueil, hébergement, insertion, aux acteurs de la santé mentale, aux acteurs de l'addictologie et aux dispositifs spécifiques de soin pour les publics vulnérables de proposer des organisations permettant une réponse globale aux besoins et une approche préventive.

Ces coordinations peuvent prendre la forme de convention de partenariat ou peuvent s'inscrire au sein de groupements (Groupement d'intérêt public (GIP), Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale (GCSMS)...). Elles peuvent s'appuyer sur des mutualisations de postes, de la formation croisée, de l'immersion afin de créer les habitudes de travail entre les professionnels nécessaires à l'accompagnement de parcours complexes

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.19

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	2	6	5	23	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	5.26	15.79	13.16	60.53	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Sur la hiérarchisation du plan = inverser 3.1 et 3.2 ? Sur le point 3.1, il n'est pas fait mention du travail associant le réseau de la personne (proches, famille, etc.). Pourtant il peut être intéressant de proposer à ces aidants (ou plus généralement membres de l'entourage) de prendre part à l'accompagnement. Par exemple en organisation des réunions où la personne accompagnée peut inviter des personnes de son choix. Point 3.1 : ajout de professionnels avec des compétences en droit des étrangers (juristes par exemple) à la liste ? Point 3.1. "la personne doit être spécifiquement et préalablement informée" : je mettrais ces mots en gras.
Expert 3	Je suis étonné de la distinction entre "acteur de l'addictologie" et "acteurs de la santé mentale". Au niveau des nomenclatures psychiatriques, l'usage, l'abus et la dépendance aux substances appartiennent bel et bien aux pathologies mentales. Je pense donc qu'une formulation de type "acteurs de la santé mentale (dont addictologie)" serait plus adaptée et plus juste. Cela permettrait également de lutter contre le cloisonnement qui se remarque au quotidien pour les personnes en situation de grande précarité (refus de soin en psychiatrie lorsqu'il y a usage de substance, refus de soin en addictologie lorsqu'il y a pathologie psychiatrique... les personnes étant alors renvoyées d'un service à l'autre sans être accompagnées, jusqu'au découragement ou la crise). A l'appui, voir la CIM-11 (https://icd.who.int/browse11/l-m/en) et le DSM-V, qui classifient bien le trouble lié aux substances dans les problématiques de santé mentale.
Expert 7	Les ARS et Départements doivent impulser...
Expert 8	Mutualisation de postes et coordination: bonne approche mais faut faire faire attention à ne pas faire en sorte que les spécificités d'action de chaque corps soient noyer dans cette organisation globale
Expert 9	Trop limité à la volonté des acteurs associatifs ou de collectivités ; intégrer les pouvoirs publics dans ces propositions
Expert 16	Page 21 : enlever le "D" majuscule à "De médiateurs en santé ;" Dans les formes de partenariat, peut-on rajouter, comité locaux (CLSM, CLS, ASV...)
Expert 20	On ne peut être que d'accord avec cette proposition et les suivantes mais nous savons le manque cruel de ressources en matière de santé mentale .Des mesures doivent être prises à de multiples niveaux mais avant tout , la santé mentale doit

	être mieux intégrée au programme de santé publique et aux soins de santé primaire.
Expert 21	Oui, la répartition des patients par date de naissance m'a toujours parue des plus idiotes... Oui aux formations transversales et stages par comparaison, pour faciliter le travail en interdisciplinarité.
Expert 32	suggestion d'ajout: l'exemple de CAPSYS (fichiers ci-joints)
Expert 36	le Réseau Santé solidarité Lille Metropole est un exemple qui pourrait être cité comme modèle de coordination de territoire
Expert 37	p.65 de l'argumentaire : « Les interventions en addictologie se répartissent selon deux grands types d'approches : d'une part l'approche par la réduction des risques et des dommages, et d'autre part l'approche encourageant l'abstinence. La pertinence et la désirabilité de ces approches sont parfois questionnées, et il existe une tension entre les concepts et leurs sous-bassements théoriques. Des interventions issues des deux approches ont cependant montré leur efficacité : » Les approches basées sur l'abstinence sont aujourd'hui beaucoup questionnées, dans le contexte des troubles de l'usage d'opioïdes, d'alcool voire des stimulants (cf tous les articles qui concernent les traitements agonistes). Les argumentaires présentés semblent ne pas refléter l'état de la littérature surtout en ne citant que deux contextes qui sont très spécifiques (salles de consommation et case-management pour les personnes qui consomment du crack). De plus la réduction des risques n'a jamais exclu l'abstinence, c'est simplement que ce n'est pas l'approche qui sera proposée à la personne d'emblée puisque la RdR part des besoins de la personne. Dans la grande précarité l'abstinence est souvent un des objectifs le moins prioritaire. Attention, les rechutes et les risques d'overdoses sont beaucoup plus importants dans le contexte de patients psychiatriques et surviennent beaucoup plus fréquemment dans des approches d'abstinence (cf contexte US). Je reformulerais cette partie car elle ne prend pas en compte les évolutions. Les approches aujourd'hui pertinentes sont celles qui proposent une prise en charge psychiatrique en lien avec les approches de RdR : permettre à des psychiatres de prendre en charge des personnes aux conduites addictives là où les personnes se trouvent (CAARUD etc) et favoriser au sein de l'institution psychiatrique des formations à la RdR.

Proposition 28

Les équipes mobiles « psychiatrie précarité » ont dans ce cadre un rôle fondamental pour assurer le travail « interstitiel » entre structures et acteurs. Il est recommandé de développer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sur les territoires où elles ne sont pas présentes.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.90

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	4	33	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10.81	89.19	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	Impulser oui mais encore faudrait-il les élaborer engrenant appui sur des modèles qui fonctionnent! Voir par ex. du côté de Lille autour de la dynamique proposée par le Dr. Rolland comment ça fonctionne.
Expert 17	et promouvoir le développement de ces équipes dans les zones rurales.
Expert 38	oui beaucoup trop insuffisant

Proposition 29

Pour favoriser l'étayage mutuel des équipes, il est recommandé d'établir des modalités de travail partenarial, par exemple :

- Des partenariats entre les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les médecins généralistes et équipes de soins primaires, les équipes sociales, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les acteurs médico-sociaux, etc.
- Des consultations conjointes entre professionnels de Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité et professionnels des structures ambulatoires psychiatriques ;
- Des interventions de psychologues dans le cadre des maraudes associatives auprès des personnes vivant en campement ou à la rue ;
- Des modalités de communication simples (contacts téléphoniques) permettant aux professionnels de santé en soins primaires en particulier les médecins généralistes de recueillir des avis spécialisés ;
- Des réunions d'analyse de pratiques entre les médecins et infirmiers libéraux et les acteurs de la santé mentale.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.68

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	6	29	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	0.00	2.63	15.79	76.32	2.63

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Sur le point suivant "Articulation entre les services de psychiatrie et l'hébergement/logement" = Les dispositifs de type "lieu de répit" pourraient aussi constituer une réponse pour prévenir les expulsions lors des épisodes de crise ? Sur l'exemple "Santé Habitat" = Dans la même région, "La Zone Libre" est aussi un bon exemple d'accueil de personnes précaires.
Expert 10	les consultations CSAPA, EMPP, CMP doivent être organisées selon le désir de l'utilisateur. La libre circulation des personnes est nécessaire;
Expert 11	Tout cela existe déjà sur mon territoire...reste un effort pour établir des modalités de communication simples comme énoncés ci dessus.
Expert 18	Un cadre des partenariats / cahier des charges serait intéressant pour guider la rédaction des conventions, et éviter qu'elle ne débouchent sur pas ou peu de mise en oeuvre effective du partenariat.
Expert 21	Oui +++ si nous développons l'intersectorialité avec ces nouveaux dispositifs, il faut continuer de développer coordination et articulations. Importance de développer les contacts CMP et MG (même sous forme de coups de fils).
Expert 23	Souci de lisibilité / compréhension de la recommandation: "Des consultations conjointes entre professionnels de Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité et professionnels des structures ambulatoires psychiatriques": Consultations réunissant les différents professionnels autour du patient? Dans ce cas, paraît difficilement applicable.
Expert 24	dans le dispositif addictologique de ville les médecins généralistes peuvent mettre en place des micro structures (expérimentations Article 51)
Expert 26	Je pense qu'il faut aussi rajouter les consultations avancées proposées par certaines EMPP dans les CHRS ou les lieux de vie. Cet aller vers de professionnels du soin vers les lieux où les personnes résident permet de créer du lien avec les professionnels sur place, avec les personnes accueillies et est un vrai outil pour faire le lien avec le monde de la psychiatrie
Expert 31	Pour motiver les professionnels à faire ceci, il faut créer des rémunérations en adéquation avec ceci.
Expert 32	nécessité aussi d'interventions de psychologues dans les centres d'hébergements
Expert 36	a
Expert 38	tout a fait d 'accord

Articulation entre les services de psychiatrie et l'hébergement/logement Les services de psychiatrie

rencontrent des difficultés à trouver des lieux de vie adaptés pour des personnes hospitalisées et qui pourraient bénéficier d'un accompagnement en ambulatoire. En parallèle des acteurs du logement ou de l'hébergement ont en difficulté dans l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques, difficultés pouvant mettre en péril le logement ou l'hébergement de ces personnes. Sur des territoires, les acteurs se sont organisés pour proposer des réponses adaptées, coordonnées proposant un accompagnement global. Il peut s'agir :

- De dispositifs regroupant des services de psychiatrie, des bailleurs sociaux et un accompagnement social ;
- D'équipes mobiles alliant soins psychiatriques et accompagnement social, intervenant au domicile des personnes, le cas échéant à la demande des bailleurs ;
- De services de soins psychiatriques intervenant au sein de centres d'hébergement, en complément de l'accompagnement social proposé par ceux-ci. Ces dispositifs ont en commun de proposer un accompagnement global des personnes sur leur lieu de vie. Ils permettent un accès ou un maintien dans le logement / hébergement de personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques, et leur insertion dans la cité. Ils permettent également un travail en transdisciplinarité, la confrontation des points de vue des différents professionnels, des cultures professionnelles et de travailler sur la déstigmatisation au sein des équipes et dans l'environnement.

Proposition 30

Les habitudes de travail en partenariat, les réseaux facilitent l'émergence et le portage de réponses intégrées et l'accompagnement des périodes de transition. Il est recommandé de développer des réseaux permettant des échanges et une interconnaissance entre les dispositifs sociaux et sanitaires. Ces réseaux doivent s'appuyer sur les instances de coordination existantes : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO), dispositifs d'appui à la coordination (DAC), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), groupements hospitaliers de territoire (GHT). Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et les Projet Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) peuvent également être des lieux propices aux échanges et à la coordination des actions.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.23

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	5	2	1	0	28	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	13.16	5.26	2.63	0.00	73.68	5.26

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Efficacité du travail en collaboration avec le réseau santé solidarité Lille métropole. Notre EMPP partage les locaux avec le réseau et la CMAO, ce qui favorise encore la collaboration, favorisant les échanges informels au détour d'un couloir.
Expert 9	Préférer le "peuvent" à "doivent", trop exclusifs des instances citées; les réseaux peuvent se constituer entre acteurs en direct
Expert 13	le grand nombre de dispositifs, réseaux et acronymes différents peut perdre les acteurs et rendre les propositions inopérantes.
Expert 14	Si la coordination/dynamisation des réseaux apparaît comme une priorité, l'obligation de "s'appuyer sur les instances de coordination existantes" semble moins pertinente : ces instances ne sont pas toujours présentes/visibles/efficientes sur le territoire, voire leurs pratiques peuvent s'avérer très loin des principes éthiques du rétablissement. --> Autre proposition de formulation : "Ces réseaux doivent POUVOIR s'appuyer sur les instances(...)"
Expert 16	Peut-on rajouter le Bureau d'Aide au Logement (BAL) et les contrats locaux de santé (CLS) ?
Expert 21	Oui, nous attendons beaucoup en ce sens du CLSH qui vient de se monter sur Saint-Nazaire+++
Expert 36	cela pourrait être intégré à la proposition 27 et éviter une redondance

Coordonner les acteurs pour repérer la souffrance psychique des personnes en logement Les personnes en logement sont moins « visibles » que les personnes sans logement. Pour autant, lorsque les personnes sont en difficulté dans leur logement, du fait de troubles psychiques, il est important de pouvoir les repérer en amont afin que ces troubles soient pris en charge et n'entraînent pas une dégradation de la situation et une perte du logement. Le repérage nécessite un travail partenarial et une mobilisation de tous les acteurs : Centres Communaux d'action Sociale (CCAS), acteurs des soins primaires, Mairies, Directions de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DEETS), Agence Régionale de Santé (ARS), travailleurs sociaux de

secteur, Centre Médico-Psychologiques (CMP), personnels de proximité des bailleurs, commissions de coordination des actions de prévention des expulsions (CCAPEX), environnement des personnes (commerçants, proches, écoles...). Les bailleurs ont notamment un rôle important dans le repérage de certains signes d'alerte : & middot; impayés de loyer, incurie, troubles du voisinage, ou à l'inverse des personnes qui « disparaissent des radars » (NB : ces signes ne sont pas forcément des symptômes de troubles psychiques caractérisés). La sensibilisation des acteurs de proximité aux problématiques de santé mentale, notamment les personnels de proximité des bailleurs et les élus locaux et leur formation au repérage des signes d'alerte améliore la prévention et participe à une réponse de qualité. Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) peuvent être le lieu propice à la sensibilisation et la formation de ces acteurs.

3.2. Répondre par des interventions centrées sur la personne, ses besoins et ses forces

Une approche centrée sur la personne doit être mise en place afin de répondre aux besoins et aux attentes des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques.

Proposition 31

Il est recommandé :

- d'aller vers les personnes, de veiller à la qualité des premiers contacts et de répondre de manière immédiate aux besoins primaires (nourriture, mise à l'abri...) ;
- de mettre en place un accompagnement global appuyé sur les principes de la réduction des risques et des dommages répondant aux besoins sociaux et de santé des personnes. L'accès au logement, déterminant majeur de la santé et de la santé mentale, doit faire partie de cet accompagnement ;
- de soutenir la démarche de rétablissement de la personne.

L'évaluation et les interventions doivent s'appuyer sur les principes éthiques et organisationnels énoncés dans les chapitres précédents.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.67

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	9	26	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	25.00	72.22	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Je pense qu'il est périlleux d'écrire "déterminant majeur de la santé et de la santé mentale", car la santé mentale n'est jamais qu'une composante de la santé elle-même et non une entité indépendante ou complémentaire. Cela peut contribuer au cloisonnement, en créant l'impression qu'il y a des professionnels de la santé et des professionnels de la santé mentale, alors que les seconds ne sont finalement que des spécialistes au sein des premiers. Je propose la formulation "déterminant majeur de la santé, dont sa composante mentale" pour résoudre cette difficulté de formulation.
Expert 4	Débats sur la question de l'accompagnement de réduction des risques si les structures d'accueil et d'hébergement n'y adhèrent pas. Préalables à développer pour éviter des ruptures ou exclusions de foyers ?
Expert 10	appui de l'autosupport, GEM et de la vulgarisation des troubles psychiques
Expert 20	je citerai les propos du Dr Vilkrum Patel , Codirecteur de lutte contre les maladies chroniques à la Public Health Foundation of India: << L'approche actuelle de la psychiatrie passe quasi outre les univers sociaux dans lesquels surviennent les problèmes de santé mentale et s'évertue à devenir biomédicale comme d'autres branches de la médecine , à l'instar de la cardiologie ou de l'oncologie. Or la psychiatrie doit être beaucoup ancrée dans l'univers personnels des gens>> Ces propos confortent cette proposition et les suivantes
Expert 21	Nous mettons en phase sur notre dispositif Silapsy des évaluations des besoins / difficultés autour des patients, faites par un binôme travailleurs sociaux/infirmiers.

	Évaluations structurées ELADEB (échelle lausannoise des difficultés et besoins).
Expert 36	redondance avec les principes...

3.2.1. Les premiers contacts « aller-vers et accueillir »

L'instauration d'une relation de confiance dès les premiers contacts est un levier essentiel pour permettre l'engagement des personnes dans les soins et l'accompagnement proposé, mieux comprendre les demandes et les besoins des personnes, en particulier sur le plan de la santé mentale, et mieux y répondre. Il convient donc de favoriser l'établissement de cette relation de confiance dès les premiers moments. L'étape de l'accueil est capitale pour la réussite de l'intervention ou de l'accompagnement.

Proposition 32

Il est recommandé d'accorder une attention toute particulière à la qualité de l'accueil lors des premières rencontres et de donner la priorité à la construction de la confiance. Cela implique :

De prendre le temps nécessaire à la rencontre, se montrer disponible, proposer plusieurs fois en cas de refus en étant vigilant à ne pas imposer ;

De prendre le temps nécessaire à l'établissement de la confiance :

en étant disponible pour échanger, écouter ;

en assurant une continuité des interlocuteurs ;

en proposant des lieux de rencontre adaptés aux souhaits des personnes (lieux de vie, jardins, cafés...) ;

De proposer des lieux et des temps de contacts et de rencontre non formalisés.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.78

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	6	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	16.67	80.56	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	"L'étape de l'accueil est capitale pour la réussite de l'intervention ou de l'accompagnement." = je mettrais cette phrase en gras.
Expert 4	Prise en compte de cette temporalité nécessaire pour les personnes les plus exclues (et/ou fragiles psychologiquement) par les financeurs et autorités indispensables
Expert 10	l'accueil et la création de lien est primordiale. Elles précèdent la réalisation des soins, papiers administratifs...
Expert 24	adopter une posture bienveillante et emphatique
Expert 29	Ne pas exiger de quelqu'un qu'il puisse présenter son projet de vie lors d'une première rencontre (vécu) et ne pas penser uniquement en terme d'insertion professionnelle.
Expert 34	créer les conditions d'une prochaine rencontre
Expert 36	principes généraux suffisent pour ces thèmes? très redondant

Proposition 33

La qualité du premier accueil dans les administrations est primordiale. Certaines personnes peuvent renoncer à faire valoir leurs droits du fait d'un accueil vécu comme discriminant ou stigmatisant. Il est recommandé de former et sensibiliser particulièrement les personnels chargés du premier accueil.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.78

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	5	30	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	13.89	83.33	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 10	donner des moyens également!
Expert 29	les temps d'attente peuvent aussi être compliqué. prévoir des possibilités de se signaler mais d'attendre à l'extérieur et/ou pas dans une queue.
Expert 36	accueil = principe general evident et redondant seules la formation et la sensibilisation des personnels de premier contact semble etre une nouvelle donne

Proposition 34

Lorsque la première rencontre a lieu au sein des locaux d'un service ou d'une institution, il est recommandé d'être attentif à l'aménagement des locaux afin que les lieux soient conviviaux, accueillants et garantissent la confidentialité des échanges. Il convient aussi d'éviter au maximum

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.73

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	7	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	19.44	77.78	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 10	la convivialité comme offrir une boisson peut permettre à la personne de se restaurer un peu et de s'apaiser pour le moment d'échange
Expert 36	redondance avec les principes précédants

Proposition 35

Lorsque la première rencontre a lieu au « domicile » de la personne, il est recommandé d'accorder une attention particulière au respect des lieux et des « chez-soi » des personnes. Le « chez-soi »

est à entendre au sens large, il peut s'agir d'un logement accompagné ou non, mais il peut également s'agir d'un hébergement ou d'un logement de type squat, bidonville ou abri de fortune, dès lors que les lieux sont privatisés et investis par la personne. Lorsque les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques, disposent d'un « chez-soi », l'enjeu pour le professionnel est d'amener la personne à accepter le contact. Le professionnel se doit de favoriser la rencontre, en se montrant disponible, en proposant si nécessaire plusieurs fois un contact afin que la personne accepte la rencontre chez lui ou hors de chez lui. Mais il ne peut être question d'entrer sans le consentement de la personne, en dehors des situations expressément prévues par la loi.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.78

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	4	30	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	0.00	11.11	83.33	2.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
--------	--------------

Expert 2	Une partie également dans les RBPP "Accompagner vers et dans le logement".
Expert 20	Je rajouterai même dans les maisons de carton des personnes qui vivent dans la rueet qui se sont construits un espace à eux .Je pense à une personne qui a décoré avec des plantes et des fleurs trouvés dans des poubelles , c'est son chez soi.
Expert 21	Oui, pour les personnes souffrant de schizophrénie, aller au domicile peut être vu de façon très intrusive. Importance de la relation de confiance en amont.
Expert 38	sa reste le lieu de vie c'est important pour la personne

Proposition 36

Il est recommandé aux professionnels de la santé mentale d'« aller-vers » les personnes en situation de grande précarité signalées par les partenaires sur leurs lieux de vie, y compris en hébergement ou logement, sans attendre une demande ou une démarche de leur part pour évaluer et proposer un accompagnement clinique adapté, en particulier pour amener ou ramener les personnes en souffrance psychique et en rupture de soins vers le soin psychique et psychiatrique. Cet aller-vers peut s'appuyer sur des Centres Médico-Psychologiques, des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité, des équipes mobiles spécialisées pour des personnes ayant des problématiques de santé mentale en logement. Cela implique un repérage et une coordination des acteurs sur un territoire.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.56

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	3	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	2.78	8.33	8.33	77.78	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Intérêt du travail des EMPP en collaboration avec les équipes du samu social ou les différentes maraudes associatives pour établir le 1er lien avec les personnes. L'EMPP fait le lien entre le travail de ces équipes de 1ere ligne et les équipes de soins des établissements de santé.
Expert 3	Je pense qu'il faut ici apporter une nuance de formulation. Le risque est de percevoir, pour le lecteur, la psychiatrie comme un outil de normalisation ou de "retour au cadre social". Peut-être, donc, préciser les choses et indiquer que cette démarche peut se faire sans demande préalable mais poursuit toujours l'objectif de répondre à la situation de la personne et non aux souhaits des partenaires ayant signalés sa présence.
Expert 5	peut-être spécifier selon les situations qui doit faire cet aller-vers.
Expert 9	Compléter la formule "aller vers" par "être avec"
Expert 19	Ne pas oublier les possibles maraudes des ONG
Expert 20	cela implique également que les personnes acceptent ,trouvent du sens, soient motivées et enfin rassurées d'une prise en soin respectueuse de leurs choix, de leurs décisions et surtout comprennent de la nécessité de faire ce qu'il faut pour être libre , autonome à long terme.
Expert 36	idem

La nécessaire coordination de l'aller-vers Les mesures prises pour la lutte contre les inégalités de santé renforcent, développent et diversifient les mesures d'aller-vers proposant une prise en charge sanitaire et sociale : renforcement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), développement et création de permanences d'accès aux soins de santé mobiles (PASS mobiles), de lits halte soins santé (LHSS) et d'appartements de coordination thérapeutiques hors les murs, d'équipes de soins spécialisés infirmiers précarités (ESSIP ex-SSIAD Précarité), d'équipes mobiles santé précarité (EMSP). La multiplication de ces dispositifs peut entraîner une multiplication des intervenants auprès des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques, engendrant une perte de repères et une dilution du lien de confiance.

Proposition 37

Il est recommandé d'organiser et d'articuler sur les bassins de vie, les interventions des différents dispositifs de l'aller-vers (sanitaires et sociaux) pour proposer une réponse intégrée, y compris avec les maraudes ne proposant pas de soins, dont les maraudes bénévoles. Il peut s'agir de mettre en place une première ligne généraliste en charge de l'identification des besoins et de l'orientation vers une deuxième ligne plus spécialisée. Les coopérations peuvent s'organiser dans le cadre de réseaux ou prendre la forme d'un groupement (GCSMS, GIP).

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.09

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	3	0	2	7	21	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.78	0.00	0.00	0.00	8.33	0.00	5.56	19.44	58.33	5.56

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.94	97.06

Expert	Commentaires
Expert 3	1) Je pense qu'il faut compléter la phrase "les interventions des différents dispositifs de l'aller-vers (sanitaires et sociaux)" en lui ajoutant le champ médico-social, qui

	peut aussi travailler cette question. Cela donnerait donc "les interventions des différents dispositifs de l'aller-vers (sanitaires, sociaux et médico-sociaux)". 2) Le paragraphe d'introduction fait mention des LHSS mais pas des "LHSS mobiles", qui est pourtant le terme précis désignant ces structures qui complètent les EMSP (la seule différence entre les deux étant l'adossement ou non à un service de LHSS traditionnel). En appui, le décret précis qui les décrit.
Expert 4	Penser aussi la formation des maraudes bénévoles ? dans le 1er accueil et l'écoute
Expert 5	Normalement l'ensemble de ces dispositifs d'aller-vers font l'objet d'une coordination départementale, sachant que les missions ne sont pas identiques et que les ressources territoriales sont également hétérogènes
Expert 9	Telle que décrite recommandation pas assez claire
Expert 20	I
Expert 21	Oui, nécessité de bien définir les missions de chacun. Situer les équipes mobiles en amont des CMP par exemple ou partage des partenariats entre les différents dispositifs = autre possibilité d'organisation.
Expert 32	de même, l'aller vers des équipes des CMP lorsqu'il s'agit des personnes vivant dans des centres d'hébergement depuis plus de 3 mois (règle qui permet l'attribution d'un secteur)
Expert 38	très important

3.2.2. L'évaluation des attentes et des besoins

Proposition 38

Les besoins urgents, de survie et de protection (accès aux droits fondamentaux, mise à l'abri, sécurité alimentaire, soins urgents ; dont les soins psychiatriques urgents) doivent être repérés. Il est nécessaire d'y apporter une réponse immédiate sans attendre d'avoir l'ensemble des éléments de l'évaluation.

Une démarche d'aide urgente ne peut être conditionnée par la réalisation d'une évaluation exhaustive de la situation de la personne.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.78

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	6	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	16.67	80.56	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 15	la place des pompiers et leur rôle dans la transmission d'information vers les équipes de soin et social proposer des temps d'échange avec les pompiers
Expert 20	absolument d'accord sur la nécessité d'agir rapidement de façon coordonnée , de donner la priorité aux personnes afin qu'elles puissent recevoir les soins et la protection nécessaires.

Proposition 39

L'évaluation des besoins est réalisée avec la personne, qui est la mieux placée pour identifier ses besoins prioritaires ;

Cette évaluation sera réalisée en veillant :

- à identifier et prendre en compte les aspirations, les forces et les ressources de la personne ; l'évaluation des besoins s'intégrera à la démarche de rétablissement ;
- à éviter à la personne d'avoir à répéter plusieurs fois à plusieurs interlocuteurs différents son

parcours de vie, si elle ne le souhaite pas ;

- à respecter la temporalité et les souhaits de la personne, et notamment son droit de ne pas répondre. L'évaluation est une démarche qui intervient tout au long de l'accompagnement. Elle est réalisée en plusieurs étapes et de manière progressive;
- à adapter le questionnaire au contexte des rencontres (lieux, situation de la personne au moment du questionnaire) et aux compétences des professionnels.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.45

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	4	0	0	4	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	11.11	0.00	0.00	11.11	77.78	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Identifier les besoins réalistes avec la personne si celle-ci peut le faire

	cognitivement et psychologiquement.
Expert 9	la formule "qui est la mieux placée pour identifier ses besoins prioritaires": préférer "bien placé" plutôt que "mieux" placé Au titre du regard croisé avec les intervenants
Expert 16	Page 28 : "et de manière progressive;" il manque un espace après progressive
Expert 21	Oui, exemple d'ELADEB utilisé dans Silapsy qui est un questionnaire d'autoévaluation (mais il en existe bien d'autres).
Expert 23	- S'efforcer à intégrer la notion de réduction des risques dans les prises en charge proposées. C'est à dire rechercher les risques identifiés par la personne elle-même et non pas uniquement par les professionnels et l'aider à les prévenir (ex: ne plus avoir accès au produit si solution d'hébergement proposée).
Expert 34	Dans de nombreuses situations la personne n'est plus en mesure d'identifier ses besoins (exemple: lors du confinement un patient psychotique mis en hôtel n'avait pas la notion qu'il faut se nourrir, alors que dans la rue il était nourri par les passants. Devant son amaigrissement important les premières rencontres ont consisté à le faire manger. Quand les besoins primaires sont entravés par les troubles psychotiques la personne n'est pas la mieux placée pour identifier ses besoins prioritaires.
Expert 36	redondant +++

Proposition 40

En respectant les précautions énoncées plus haut, il est recommandé de réaliser une évaluation globale des besoins : santé somatique, santé mentale et besoins sociaux. Cette évaluation réalisée avec la personne est cruciale pour identifier des réponses adaptées.

Chaque professionnel réalise avec la personne l'évaluation dans le cadre de ses compétences propres et utilise le cas échéant les outils d'évaluation recommandés dans son cadre professionnel ;

Le professionnel peut être amené à aborder des dimensions très diverses, même lorsque les réponses relèveraient d'interventions spécialisées. Il s'agit dans ce cas d'un premier travail de repérage, réalisé au travers de questions simples.

Par exemple :

un travailleur social sera amené à aborder la question des besoins d'aide en santé mentale si la personne présente un état de détresse psychologique. Les formations de type « premiers secours en santé mentale » sont utiles pour soutenir les professionnels dans leur abord de ces questions. il est recommandé aux médecins généralistes d'évaluer la situation sociale de leurs patients (droits sociaux, accès au logement, sources de revenu, etc.), et cela sans préjuger de cette situation car les difficultés sociales sont souvent méconnues.

Avec bienveillance et en respectant les éventuels « silences » de la personne, une attention particulière doit être portée :

aux besoins concrets : nourriture, accès aux transports et aux moyens de communication ;
 aux risques immédiats (risque suicidaire, risque de subir des violences, etc.) ;
 à la situation familiale ; même si la personne se présente seule, il convient de lui demander si elle a des enfants ou des personnes à charge ;
 à la compréhension de l'histoire de la personne, y compris l'exposition à la violence et/ou aux discriminations dont la personne a pu être victime ;
 aux expériences antérieures avec les services de soins et services sociaux.

Il est recommandé d'adopter une approche pluridisciplinaire de l'évaluation des besoins :

en associant des pairs-aidants lorsque cela est possible ;
 en croisant les regards professionnels, dans le cadre de consultations avancées, de réunions de synthèse, d'intervisions etc. lorsque la personne y consent.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.70

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	0	5	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	0.00	13.89	80.56	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Peut-être compléter la phrase "aux expériences antérieures avec les services de soins et services sociaux" en lui préférant "aux expériences antérieures avec les services de soins, les services sociaux et les services médico-sociaux."?
Expert 8	les assistantes médicales et les pharmaciens peuvent aider à évaluer la situation sociale aussi... Car cela risque d'être chronophage pour les médecins généralistes
Expert 14	Sur le dernier point (concernant notamment les réunions de synthèse), il me semble important de mentionner "en présence de la personne concernée dès lors que cela est possible et qu'elle y consent".
Expert 16	La proposition 40 me fait réfléchir à l'intérêt de recommander à ces professionnels de 1ère ligne une analyse de la pratique car les situations à gérer peuvent avoir un impact fort sur la santé mentale des professionnels.
Expert 20	La formation spécialisée des différents intervenants doit permettre de recueillir des données qui reflètent le point de vue de la personne / de l'entourage de façon à réaliser l'évaluation en étroite collaboration avec celle-ci et en favorisant une approche basée sur les forces de la personne. Les programmes de formation doivent contenir des enseignements renforcés pour acquérir et améliorer les compétences dans tous les champs concernés.
Expert 21	Oui, l'évaluation sera d'autant + riche que les regards entre les différents professionnels se croisent d'autant plus tôt (sinon risque de clivage dans les prises en charge).
Expert 26	Très bien !
Expert 31	La difficulté de votre exemple, c'est qu'après évaluation, le professionnel fait quoi de la situation, si il n'a pas de réponse à apporter. Je trouve que ça prouve que chaque partie (sociale, médicale, association) travaille ensemble et non en secteur, car il est très difficile pour un professionnel de se retrouver face à une situation de détresse ou d'urgence, et de ne pas avoir de ressources à proposer. L'importance de développer un travail d'équipe ou une plateforme avec toutes les ressources à disposition me semble primordiale.

3.2.3. Les interventions

Les situations complexes des personnes en grande précarité présentant des troubles psychiques nécessitent la mise en place de réponses souples et diversifiées. Dès lors qu'une réponse a été apportée aux besoins les plus urgents, la personne doit être soutenue dans une démarche adaptée à ses aspirations, forces et ressources.

Proposition 41

Il est recommandé de proposer des interventions qui comprennent à un accès rapide au logement. Les données de la littérature scientifique ont montré une supériorité des approches associant accès au logement et accompagnement intensif.

Cependant l'accès au logement en France peut être long (saturation du parc de logements sociaux, dossiers nécessitant de réunir des pièces administratives nombreuses) et le logement n'est pas forcément accessible à toutes les personnes en situation de grande précarité (notamment en lien avec les titres de séjour).

Dès que cela est possible il convient de privilégier un accès à un logement de droit commun de qualité adapté aux souhaits de la personne. Il peut s'agir d'un logement individuel, collectif ou semi-collectif. Il est recommandé de disposer d'un éventail de solutions de lieux de vie pérennes, correspondant aux choix des personnes et de veiller à l'habitabilité des lieux (mobilier et matériel suffisant).

Dans tous les cas il convient :

de proposer une solution d'hébergement / logement digne adaptée aux choix des personnes. La qualité du lieu de vie est un déterminant de santé majeur qui impacte la santé mentale. Les données de la littérature montrent que les enfants de familles sans logement stable, hébergés pour la plupart en hôtels ont des prévalences de troubles psychiques élevées. Ainsi, veiller à la qualité du lieu de vie et à son habitabilité participe à la prise en charge des troubles psychiques. Au-delà du statut hébergement / logement, ce qui apparaît fondamental est la mise à disposition d'un lieu dont la personne puisse se saisir, un chez-soi qu'elle puisse habiter de manière sécurisée dans la durée.

De proposer un accompagnement adapté aux choix de la personne (intensité et modalités), aussi longtemps que nécessaire. Le maintien dans l'hébergement ou le logement ne doit pas être conditionné par l'acceptation immédiate de l'accompagnement.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.62

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	2	5	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	0.00	5.56	13.89	77.78	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 1	On ne peut malheureusement pas proposer l'accès rapide à un logement ou au moins une solution d'hébergement.
Expert 2	"De proposer un accompagnement adapté aux choix de la personne (intensité et modalités), aussi longtemps que nécessaire. Le maintien dans l'hébergement ou le logement ne doit pas être conditionné par l'acceptation immédiate de l'accompagnement." Idem : lien vers les RBPP "Accompagner vers..." ?
Expert 3	Peut-être recommander d'abandonner le système de "listes noires" que mettent en place certains bailleurs (privés comme publics) lorsqu'une personne s'est retrouvée en difficulté psychiatrique dans un logement et se retrouve, de fait, dans l'impossibilité d'accéder à un autre malgré sa stabilisation?
Expert 7	Des projets alternatifs de logement, permettant aux personnes par exemple d'installer leur tente et vivre au moins pendant quelque temps encore suivant la manière qui leur est habituelle peuvent s'avérer utiles.
Expert 21	ce qui doit signifier travailler l'alliance en amont ? par un accompagnement progressif ?

Expert 23	"Dans tous les cas il convient : de proposer une solution d'hébergement / logement digne adaptée aux choix des personnes": recommandation non applicable il me semble..
Expert 29	Le maintien dans l'hébergement ou le logement ne doit pas être conditionné par l'acceptation immédiate de l'accompagnement, NI PAR L'ACCES AU SOIN.
Expert 36	encore une fois il faudra surtout que les pouvoirs publics se saisissent de ces reco
Expert 38	le logement permet a la personne de se stabilisé et se poser dans un endroit sécurisé

Proposition 42

Dès que possible, il est recommandé de donner accès à des interventions psychosociales et des soins psychologiques. Il a été montré un impact positif des approches psycho-sociales (relaxation, psychothérapies...) chez les personnes en situation de grande précarité manifestant une souffrance psychique, y compris lorsque la situation sociale et administrative est encore fragile et que des problématiques matérielles majeures (logement) demeurent.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	0	2	3	29	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	2.78	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	8.33	80.56	2.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.86	97.14

Expert	Commentaires
Expert 1	Les délais d'attente pour accéder à une consultation avec un psychologue au CMP sont de plusieurs mois et les personnes sont souvent réorienté sur l'offre de soin libérale, inaccessible...
Expert 3	Je pense qu'il est essentiel de ne pas utiliser l'expression "soins psychologiques", qui est inexacte au regard de cette profession et des objectifs qu'elle poursuit. Il serait préférable, à mon sens, de parler "d'accompagnement psychologique", qui renvoie au champ des sciences humaines et sociales dont est issue la discipline des psychologues. Parler de "soins" place la psychologie et les psychologues dans le champ médical ou paramédical, qui n'est pas le leur.
Expert 8	il est recommandé de donner des proposition d'accès
Expert 10	dans le respect du désir de la personne. Informer de façon accessible à la personne de là où elle en est et les risques si la situation se dégrade
Expert 15	comment favoriser l'adhésion à ce type de soin, l'intérêt de la pair aidance
Expert 26	Je ne sais pas trop ce que ça veut dire "interventions psychosociales". Peut-être à préciser davantage
Expert 29	interventions mais adaptés à la réalité du public : quand nécessaire interprète fiable et facilement mobilisable, créneau de rendez-vous avec report facile si absence, aller-vers dans les structures d'hébergement et ne pas estimer que c'est à la personne de formuler une demande claire et au bon endroit.
Expert 31	Je suis d'accord, mais l'accès à ces thérapies est actuellement payant, et ce sont des personnes qui sont dans la précarité. Leur priorité ne sera pas d'aller voir le psychologue, mais de manger. Accéder à ces thérapies doit être pris en charge et à sa juste valeur.
Expert 38	c'est évident

Proposition 43

Dès lors qu'un lieu de vie adapté est trouvé, il convient de proposer un accompagnement sanitaire et social global, adapté aux évolutions des souhaits et des parcours des personnes, les aidant à se maintenir dans leur lieu de vie. Pour cela, il est recommandé :

de maintenir autant que possible et si cela est souhaité par la personne une continuité du ou des interlocuteurs de la personne ; cette condition est cruciale pour des personnes dont le parcours est souvent marqué par de multiples abandons et ruptures ;

de continuer d'adopter une posture « d'aller-vers » et de « rester avec », y compris pour les personnes ayant accédé à un lieu de vie en :

prévoyant des contacts réguliers ;
accompagnant la personne à ses rendez-vous, si besoin ;
prenant le temps de maintenir et développer la relation de confiance dans le respect du rythme et des souhaits de la personne. Il faut en particulier :

être particulièrement attentif à la qualité de la relation pour permettre à la personne de prendre la mesure de sa capacité à contribuer à son rétablissement ;
privilégier un accompagnement sur le lieu de vie de la personne mais être disponible pour rencontrer la personne sur des temps ou des lieux informels, parc ou café par exemple ;
être à l'écoute des besoins exprimés par les personnes, même s'ils diffèrent des objectifs affichés des projets de soin ou sociaux.

d'adopter des approches sensibles au trauma ; cela peut nécessiter une formation spécifique des équipes ;

de proposer un accompagnement appuyé sur les principes de la réduction des risques et des dommages ;

de favoriser la participation de la personne à son propre accompagnement mais aussi à la définition des services sans pour autant l'imposer.

Cela suppose :

de laisser la personne décider de la temporalité et des modalités de sa participation, ainsi que du choix des personnes à qui elle transmet de l'information. Notamment la présence de la personne dans les réunions où l'on parle d'elle peut parfois la mettre en difficulté. Les professionnels doivent proposer une participation, accompagner et soutenir la parole des personnes mais également respecter leur choix de ne pas participer et leur proposer d'autres modalités pour faire entendre leur voix.

de promouvoir la participation à la prise de décision à tous les niveaux, qu'il s'agisse de décisions quotidiennes ou de décisions ayant trait à la politique et aux procédures des services afin que la parole des personnes participe également à la gouvernance des organisations et ne soit pas cantonnée à l'organisation quotidienne.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	0	8	26	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	0.00	0.00	22.22	72.22	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	"Certains d'entre eux peuvent fonctionner avec des systèmes de sous-location bail glissant." = IML ?
Expert 8	Le cadre temporo spatial a aussi un coté rassurant et structurant. Le fait de favoriser la participation permet d'améliorer l'adhésion. Mais sans repères fixes, la personne présentant des troubles psychiques n'aura pas de moyens de s'organiser et de se structurer en fonction du principe de réalité. On doit pouvoir proposer un accompagnement prenant en compte l'adhésion et le principe de réalité.
Expert 19	ne pas oublier traduction et médiateurs potentiels
Expert 20	Un suivi régulier et l'aide d'un modèle de soins intégrés comprenant notamment la prévention l'éducation. la gestion des médicaments , ainsi que le conseil et le soutien psychosocial , (proposition 44) ont pour but de soutenir les personnes dans la réappropriation de leur santé tout au long de leur parcours.
Expert 21	La préférence de la personne est préférable lors des réunions collégiales (vis à vis

	du partage du secret professionnel et médical). Certaines instances tels que bailleurs sociaux ne font pas partie des professionnels à qui l'on partage des informations, contrairement aux travailleurs sociaux (loi de modernisation de la santé 2016), mais en pratique bien sur ces réunions peuvent mettre en difficultés les personnes, d'où la recherche de leur accord pour partager les informations strictement nécessaires à la prise en charge.
Expert 29	second point : mais aussi accepter que les personnes ne souhaitent pas intervenir et que bien souvent elles n'ont pas d'intérêt pour la structure. La personne ne choisit pas l'établissement d'accueil pour son projet de service mais est simplement orienté car place disponible. Les réunions de préparation (projet associatif, projet de service, conseil de hébergés...) sont souvent trop longues et format peu adapté pour l'échange (1 personne concernée face à plusieurs professionnels).
Expert 36	cette proposition est bonne mais répéter en détaillant tout les principes alourdit le message "les memes principes sont à poursuivre dès lors qu'un lieu de vie adapté est trouvé, de manière à garantir la continuité etc. , qu'ils soient ceux de l'aller-vers, de principes de RDR etc

Proposition 44

Il est recommandé de prendre en compte l'ensemble des besoins de santé somatique, y compris la prévention, celle-ci étant trop souvent négligée chez les personnes présentant des troubles psychiques sévères.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.83

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	2	31	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	5.56	86.11	2.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 10	favoriser des bilans de santé. L'accès à ce format via les bilans de santé de la CPAM ou l'accès à un médecin généraliste. Or ces délais sont très longs (1 mois pour un RDV bilan de santé CPAM dans la ville où je travaille et grosse difficulté pour trouver un MG. ville d'1 million d'habitant!
Expert 15	proposer un continuum de la relation d'accompagnement qui part de l'abandon de soi à la reprise du contrôle de sa vie
Expert 19	D'accord avec la proposition en sachant que alcool tabac et parfois autres drogues sont des modes d'équilibres précaires qu'il convient de ne pas ébranler sans précautions
Expert 38	c'est malheureusement souvent le cas

Proposition 45

Il est recommandé de proposer à la personne un accompagnement orienté rétablissement. Cela peut prendre plusieurs formes, par exemple :

l'élaboration avec la personne d'une démarche de rétablissement qui explore les aspirations et les ressources des personnes, si possible au travers d'un plan de rétablissement personnel et évolutif (identification des espoirs, forces et ressources personnelles et de l'environnement ainsi que des éléments soutenant le bien-être de la personne);

si la personne le souhaite, des programmes d'éducation thérapeutique ou des programmes de réhabilitation psychosociale qui doivent être adaptés aux besoins et attentes de personnes ayant connu l'itinérance et présentant des troubles psychiques ;

l'encouragement au développement de liens sociaux et à la participation citoyenne. Les troubles psychiques peuvent fragiliser les relations aux autres et isoler les personnes. Le sentiment de se sentir appartenir au collectif, d'être utile aux autres est central dans un processus de rétablissement. Il est recommandé de soutenir la personne dans le développement de ses ressources et de ses liens sociaux en l'aidant à mobiliser et développer dès lors qu'elle le souhaite

ses liens personnels (familles, amis, communautés) ;
la participation à des groupes de pairs, groupes d'auto-support tels que les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ou groupes réunissant professionnels et patients ;
des activités en lien avec des collectifs (loisirs, associations, communautés religieuses...). Le tissu associatif local offre en effet des solutions riches et diversifiées.
l'accès à l'emploi ou à l'insertion professionnelle.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.50

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	3	1	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	2.78	8.33	2.78	80.56	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	1)

	Pour la phrase "l'encouragement au développement de liens sociaux et à la participation citoyenne. Les troubles psychiques peuvent fragiliser les relations aux autres et isoler les personnes. Le sentiment de se sentir appartenir au collectif", je propose d'utiliser plutôt l'expression "se sentir appartenir à un collectif". Les personnes sont en effet parfois plus sensible à tel ou tel groupe, et l'exprimer par cette expression peut aider à favoriser le respect de leur choix. 2) Pour la phrase "la participation à des groupes de pairs, groupes d'auto-support tels que les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ou groupes réunissant professionnels et patients", je propose d'ajouter également les groupes d'usagers du médico-social (CVS, groupe d'expression, comité des usagers).
Expert 15	pourrait apparaître la notion de référent de parcours
Expert 20	élaborer avec la personne un projet de rétablissement avec des activités sociales éducatives culturelles linguistiques sportives . ce projet pourrait prendre la forme d'un contrat qui traduirait un engagement réciproque garantissant une relation ouverte et un approfondissement des liens .
Expert 22	Ces points nécessitent des ressources physiques et psychologiques pour la personne précaire ayant des troubles psychique et celles-ci sont parfois presque inexistantes
Expert 24	une évaluation des troubles cognitives doit être systématique tant la fréquence des troubles cognitifs chez les sujets consommateurs notamment d'alcool est important. Cette évaluation permettra d'orienter si nécessaire le sujet vers un dispositif de remédiation cognitive
Expert 38	Les travailleurs pairs sont très important de par leur parcours et peuvent établir une relation de confiance

Proposition 46

Il est recommandé de prendre en compte que les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques ne suivent pas toujours une trajectoire linéaire de rétablissement et que les risques de rupture sont toujours présents. Cela nécessite :

- d'avoir une démarche préventive, en particulier par des mesures anticipatoires : directives anticipées en psychiatrie, plan de crise ou de prévention partagé...(voir section sur les crises et urgences psychiatriques) ;
- de garder les contact avec les personnes fragilisées notamment en continuant d'offrir l'accès à des services offrant un accueil ouvert « haut seuil d'inclusion » aussi longtemps que de besoin ;
- de permettre des « allers-retours », d'admettre les risques de rupture et prévoir des modalités souples de retour vers les dispositifs, sans contraindre la personne à reprendre son parcours à partir de son point de départ ;

· de prévoir les possibilités de déménagements et de changements de lieu de vie, si cela correspond à la situation, aux besoins et aux souhaits de la personne.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	3	30	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	2.78	8.33	83.33	2.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Il existe de nombreux freins dans la pérennisation du suivi en psychiatrie (temporalité différente, mobilité, ...) . Au delà de l'orientation, l'appui des EMPP reste indispensable en soutien aux secteurs (démarche d'aller vers, travail en réseau avec les différents partenaires nous permettant d'être alerté plus rapidement sur un changement de situation ou une dégradation de l'état de santé).

Expert 4	"Allers-retours" à prendre en compte dans les financements, pour permettre cette souplesse et évolution de l'intensité de l'accompagnement
Expert 9	Rajouter: de prévoir, avec la personne, les mesures anticipatoires
Expert 24	d'autant plus s'il y a un trouble addictif
Expert 29	de faire reconnaître l'existence des travailleurs sociaux de CHRS comme tiers de confiance (lorsque c'est le cas) dans la relation et de pouvoir prendre en compte les constats et les observations du quotidien qui sont remontés (et qui sont validés au préalable avec la personne concernée). Ne plus avoir cette distance soin VS social.
Expert 36	+ rappeler (si tel) l'usager systématiquement après un rdv non honoré
Expert 38	c'est important pour la stabilité du soin

Proposition 47

Il est recommandé de prendre en compte les spécificités des lieux de vie des personnes pour adapter l'offre de soins et d'accompagnement. Notamment, pour des personnes habitant en milieu rural, accéder aux services éloignés géographiquement peut être un frein au maintien dans les soins ou l'accompagnement. En ce cas, il est important de développer une offre en ambulatoire spécifique comme par exemple la mise en place de bus mobiles « sociaux » ou « EMPP-CMP ».

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.38

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	3	0	1	1	26	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.86	8.57	0.00	2.86	2.86	74.29	8.57

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.12	96.88

Expert	Commentaires
Expert 8	et pourquoi pas des bus mobiles de soins somatiques aussi?
Expert 9	Inclure très spécifiquement le rôle des pouvoirs publics dans ces recommandations
Expert 16	Peut-on aussi mettre en avant l'hospitalisation à domicile quand le logement le permet (HAD) et les transports sanitaires ?
Expert 17	Et développer partenariat avec association rurale sur l'aide à la mobilité (transport solidaire)
Expert 20	excellente proposition...pour assurer une égalité d'accès aux soins
Expert 21	Je ne connaissais pas cela. très intéressant.
Expert 34	Le terme EMPP-CMP, même s'il rend compte d'une belle expérience sur un territoire, est confusionnant dans un texte de recommandations. Le soin vers le CMP est la finalité des EMPP. D'autant plus que l'aller vers a été longtemps la base du travail de secteur, en milieu rural notamment (NAP dans les fermes, ouvertures des consultations dans les dispensaires de la DASS les jours de marché, VAD, consultations en maisons de retraites...). L'aller vers fait parti du travail de secteur tel qu'il a été pensé et organisé, c'est sa "dérive cadastrale", l'impératif administratif d'avoir un domicile qui lui a fait exclure de sa pratique les population sans domicile.
Expert 38	absolument il faut que cela devienne systématique

3.2.4. Les interventions

Proposition 48

Il est recommandé de délivrer aux personnes une information claire et précise concernant leur situation et les possibilités qui s'offrent à elles.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	4	31	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	11.11	86.11	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	3.2.4. = information et communication, différent de "interventions"
Expert 11	Dans la mesure où elles peuvent "entendre".
Expert 19	Clares et précises, les informations ne doivent pas proposer des services de fait insuffisants ou non disponibles qui mettront en doute la confiance accordée aux intervenants et aux conseils
Expert 20	Je rajouterai aux personnes et aux intervenants car nous manquons cruellement d'informations sur tous ces dispositifs d'appui, sur les procédures, sur les services et en fait nous avons un défaut de connaissance des compétences des acteurs concernés et des services. Une campagne nationale de communication et d'information serait nécessaire
Expert 36	que les info données soient le plus claires et précises dans tous les cas, mais cela est une recommandation floue de dire "donner les possibilités qui s'offrent à elle" peut-être être plus général : "claire, précise et aussi complète que possible"
Expert 38	oui sans quoi les soins ne seront entendus et bien perçus

Proposition 49

Il est recommandé d'adapter l'information et la communication aux besoins et capacités des personnes.

Cela implique :

- d'adapter son langage en fonction des capacités de compréhension (maîtrise de la langue, capacités cognitives, état de santé mentale), en évitant le jargon (termes scientifiques ou techniques, vocabulaire professionnel, utilisation de sigles ou d'acronymes...) ;
- de prendre en compte l'accès des personnes au téléphone et à internet ;
- de recueillir ou concevoir des outils et supports d'échange et de communication adaptés aux personnes non francophones ou ne maîtrisant pas l'écrit (Facile à lire et à comprendre (Falc), outils multilingues, outils vidéo, outils numériques, illustrations, photolangage...) ;
- de recourir à un interprétariat professionnel téléphonique ou physique aussi souvent que nécessaire ;
- d'intégrer dans les équipes des professionnels maîtrisant des langues étrangères. Au-delà de la fonction de traduction ces professionnels peuvent également assurer une fonction de médiation (cf section sur la médiation).

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.87

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	5	31	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	13.89	86.11	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	La barrière de la langue est souvent un frein pour réaliser de entretiens de qualité pour les personnes en situation de migration. L'accès à un réseau d'interprète n'est pas généralisé.
Expert 3	Il me semble possible, ici, de rappeler l'opportunité du FALC pour les personnes en difficulté langagière ou face à l'écrit.
Expert 8	Langage des signes, pictogrammes
Expert 16	Peut-on mettre en avant le réseau des IREPS comme lieu ressource d'outils et de supports d'échange et de communication adaptés aux personnes ?
Expert 23	Illustration d'outil de communication adapté: ordonnances médicamenteuses imagées et non pas manuscrites (: "idéordo")
Expert 38	Le langage doit être simple et pour l'écrit facilite des moyens adaptés

Proposition 50

Par ailleurs, les personnes sans-domicile, ou les personnes présentant des troubles psychiques peuvent éprouver des difficultés à stocker et retenir l'information (lieu pour stocker des documents et organiser les informations, troubles cognitifs rendant difficile la mémorisation).

Il est recommandé d'utiliser les moyens de communication choisis par la personne (téléphone, mail, sms, courrier ou rencontre), de rappeler les rendez-vous aux moments opportuns et de recontacter les personnes qui ne se présentent pas aux rendez-vous.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	2	2	31	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	5.56	5.56	86.11	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	proposition de lieu de stockage des documents essentiels en copie à mettre dans le dossier de suivi individualisé en cas de perte
Expert 15	réfèrent de parcours, donner la possibilité d'identifier un acteur, de choisir un interlocuteur réfèrent
Expert 26	Je trouve le lien entre lieu de stockage physique des documents et troubles cognitifs de mémorisation un peu bancal. Pour moi, ce sont 2 problèmes différents et donc deux recommandations. Peut-être aussi évoquer les coffres-forts numériques de plus en plus proposés aux personnes
Expert 29	Il est aussi important de prévoir un lieu de stockage de ces informations, notamment dans les cas d'errance chronique les plus importants.
Expert 38	totalemt car il est fréquent que les personnes oublient du fait de leur troubles

L'accès au numérique et la place des outils numériques En matière d'accès au numérique et d'utilisation des

outils, les constats sont contrastés, selon les populations et les situations. Il peut représenter un facteur d'inclusion, d'amélioration de l'accès à la santé, ou au contraire renforcer l'exclusion et l'éloignement par rapport aux dispositifs : & middot; L'accès au numérique peut être un facteur d'inclusion permettant aux personnes en situation de grande précarité l'accès à de l'information et facilitant l'ouverture de droits. En effet, la possession d'un téléphone portable devient de plus en plus courante chez les personnes en situation de grande précarité, apparaissant ainsi comme une ressource essentielle. Il permet à ces populations vivant dans des conditions incompatibles avec la possession et la maintenance d'un ordinateur (itinérance...), de rester en relation avec leur réseau (contacts avec les professionnels et les proches), d'obtenir ou de stocker des informations vitales (justificatifs, localisation de lieux d'accueil...), d'ouvrir et de suivre des démarches administratives en ligne et de faciliter la planification et l'organisation du quotidien. Les populations migrantes sont les plus équipées afin de maintenir le contact avec leurs proches. De plus, de nombreux usages et outils numériques se développent pour les personnes en situation de précarité comme pour les professionnels de « l'aller-vers » : cartographies des ressources sur un territoire (point d'eau, ...), outils de traduction automatiques facilitant la communication pour les populations migrantes, outils de gestion des maraudes, « coffre-fort numérique » permettant le stockage d'information et de document en ligne etc. & middot; Des outils numériques, à destination des personnes présentant des troubles psychiques (en situation de précarité ou non), se développent également. Les fonctionnalités de ces outils peuvent être classées en trois grandes catégories : auto-évaluation, auto-support (souvent en lien avec une communautés de pairs) et mise en relation avec des professionnels. Ils permettent de tester de nouvelles modalités de soins ou d'accès aux soins mais des études complémentaires sur les bénéfices cliniques et l'amélioration de la qualité de la prise en charge sont nécessaires. Cependant, pour les personnes ayant des troubles psychiques, l'intérêt de tout outil facilitant le lien avec des professionnels de la santé mentale peut d'ores et déjà être souligné. & middot; Le « tout numérique » peut cependant être facteur d'exclusion pour les personnes n'y ayant pas accès ou n'en maîtrisant pas le fonctionnement, notamment dans leurs liens avec les administrations en raison : o du coût de l'accès au numérique, avec l'achat du matériel mais également des abonnements et forfaits associés ; o de l'illectronisme, dépassant la question de l'accès au numérique, notamment chez les personnes en situation de précarité les plus âgées ; o de problèmes de sécurité (vols) faisant prendre des risques à la personne et pouvant entraîner de fréquents changements de numéros ou des problèmes de coût de la maintenance ; o une possible réticence face aux outils numériques, notamment pour des questions de vie privée, de sécurité et de confidentialité des données, en particulier chez des personnes atteintes de troubles psychiques ou dans le cas de populations en situation irrégulière; o Si la place et l'utilisation du numérique doivent donc être encouragées auprès de tous, elles doivent être pensées et situées de manière différenciée selon les cas.

Proposition 51

Il est recommandé aux administrations :

- de maintenir un accueil physique, l'accès au numérique ne permettant pas de proposer une réponse adaptée à l'ensemble des personnes et à l'ensemble des questionnements sur leurs droits;
- de développer la possibilité d'avoir accès à l'ensemble des documents en version numérique, tout laissant la possibilité d'un circuit « papier ».

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.95

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	2	33	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	91.67	2.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 20	Pour amener ce changement nous devons répondre à tant d'obstacles qu'il me paraît indispensable de faire preuve de réalisme en utilisant des outils facilitateurs , adaptés à la singularité des personnes et aux moyens des administrations concernées.
Expert 21	Oui, l'importance d'un accueil physique +++, indispensable tant pour la personne accueillie que pour les professionnels (rôle d'accueil, d'orientation...)
Expert 38	oui

Proposition 52

Il est recommandé de considérer d'une manière générale l'accès aux outils numériques et en particulier à un téléphone portable comme faisant partie des besoins primaires et d'un élément essentiel à la survie en situation de grande précarité ; cette reconnaissance doit se traduire à tous les niveaux, dans les politiques publiques de niveau national, dans les actions au niveau territorial et dans les projets et actions d'équipes.

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	1	7	23	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.71	0.00	2.86	20.00	65.71	5.71

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Peut-être indiquer ici qu'il s'agit de chercher à réduire la "fracture numérique", qui est très impliquée dans la question de l'exclusion et de la précarité? En appui, un article de la revue "Réseaux" présent sur le cairn:

	https://www.cairn.info/revue-reseaux1-2004-5-page-181.htm
Expert 8	mais il faut aussi indiquer les points où on peut recharger le téléphone portable dans les lieux publics
Expert 20	ne pourrions nous pas envisager à l'instar des téléphones graves danger .un dispositif similaire avec une plateforme dédiée pour recevoir les appels .Ou cette plateforme pourrait prendre des contacts réguliers pour les personnes en difficulté .Ce dispositif pourrait s'adresser pour les personnes présentant de l'illectronisme ou qui sont réticentes aux technologies ...
Expert 21	Peut-être...
Expert 26	Peut-être faire un encart sur Emmaus Connect dont c'est la mission de favoriser cet accès afin que les lecteurs puissent se tourner vers quelqu'un
Expert 29	mais aussi que certaines personnes ne s'en servent jamais.
Expert 38	c'est essentiel

Proposition 53

Il est recommandé à toutes les structures d'accueil de faciliter l'accès des personnes aux outils numériques et au moins de mettre à disposition des solutions pour le chargement des portables.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.58

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	1	4	26	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	0.00	2.78	11.11	72.22	8.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 9	Rajouter la facilitation de l'accès au numérique en favorisant les modalités de type WI Fi dans les structures d'accueil
Expert 36	"et au moins" nest pas clair "accès aux outils numériques en général (exemple : mise à disposition de tablette connectée, d'ordinateur etc) . Le chargement des portables doit être possible dans toutes les structures d'accueil"
Expert 38	tout a fait

Proposition 54

Il est recommandé à l'ensemble des acteurs, pouvoirs publics, administrations et organisations territoriales et associatives :

- de graduer l'utilisation du numérique en fonction des besoins, de l'accès au numérique, des capacités d'appréhension et des souhaits des personnes ;
- de privilégier l'accompagnement vers le numérique en complémentarité à l'accès aux outils numériques ;
- de généraliser les actions de médiation numérique, de les développer en direction des publics les plus précarisés en les intégrant notamment aux actions d'aller-vers (association de médiateurs numériques aux équipes de maraudes en particulier). Cette médiation ne doit cependant pas être de la responsabilité des professionnels de santé et travailleurs sociaux ;
- de développer des actions visant à :

- favoriser l'accès au matériel numérique à prix solidaires et les initiatives citoyennes de don de matériel ;
- favoriser le développement et l'utilisation d'outils numériques gratuits et répondants à des critères de sécurité et de confidentialité (type applications numériques pour téléphone mobile ou supports internet) pouvant en particulier :

- aider au stockage de l'information (un coffre-fort numérique par exemple) ;

faciliter les démarches administratives (service de domiciliation électronique par exemple) ;
 aider à l'orientation des personnes sans logement sur un territoire grâce à des outils de cartographie et de référencement (points d'eau, structures d'accueil, autres ressources, etc.) ;
 aider à la communication (par exemple supports vidéos et bande dessinée en langage Facile A Lire et A Comprendre (FALC), traductions en ligne etc.) ;
 faciliter les échanges entre personnes (forums par exemple) et aider à la mise en relation avec des professionnels ou auditeurs (addictologie, psychiatrie ou encore nutrition) ;
 offrir des solutions « d'auto-support » cliniquement validées pour les troubles mentaux et les troubles addictifs, pouvant apporter une information utile pour les personnes.

de développer les formations au numérique auprès des professionnels ;
 de favoriser le développement d'outils numériques en soutien de la coordination des professionnels ;

par exemple des outils facilitant la réalisation des maraudes en donnant aux professionnels une vision globale sur le parcours, la situation sociale et médicale de la personne et un suivi des interventions et actions effectuées par les équipes.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.41

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	6	21	4

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	2.78	8.33	16.67	58.33	11.11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	"favoriser l'accès au matériel numérique à prix solidaires et les initiatives citoyennes de don de matériel" : Emmaüs Connect ?
Expert 20	Proposition très ambitieuse ...
Expert 22	La mise en pratique de ces points me semble difficiles et complexes
Expert 34	La toute dernière phrase demande à être précisée. Telle qu'elle est formulée on pourrait penser à un dossier unique mélangeant le médical et le social alors que je pense qu'il s'agit plus de la trajectoire, du parcours et l'existence de droits ouverts.
Expert 36	très vaste sujet. Peut être introduire cette recommandation par une phrase générale "favoriser l'accompagnement des usagers et des professionnels vers le numérique en : ..."
Expert 38	former avec un pair aidant aux outils numériques pour ceux qui le souhaitent

Proposition 55

Il est recommandé une vigilance sur les éventuels « effets pervers » du numérique qui peuvent en particulier concerner les personnes fragilisées : problématiques de harcèlement de personnes en grande précarité ou d'embrigadement sur les réseaux sociaux, etc.

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.22

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	2	2	4	22	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	8.57	5.71	5.71	11.43	62.86	5.71

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	"faciliter les échanges entre personnes (forums par exemple) et aider à la mise en relation avec des professionnels ou auditeurs (addictologie, psychiatrie ou encore nutrition)" : Le site https://qx1.org est un bon exemple.
Expert 3	Peut-être parler également de la "poursuite" que certains revendeurs de drogues effectuent sur les personnes qui cherchent à s'extraire des consommations de rue (SMS de relance, propositions incessantes de produits par téléphone, Etc.)?
Expert 8	information à donner sur les nuisances possibles du net
Expert 16	Peut-être serait-il pertinent de poser la problématique des mots de passe (de plus en plus nombreux, différents, renouvelés) et de la confidentialité des informations auxquels ont accès les professionnels. De même ne serait-il pertinent de faire un rappel du Règlement Général de Protection des Données (RGPD) ?
Expert 26	pour moi, il n'y a pas plus d'effets pervers pour les personnes en souffrance psychique que pour la population générale
Expert 29	ainsi que les appels de démarchages intempestifs pour vendre ou escroquer des services. être vigilant oui mais dans la pratique comment cela peut-il se pratiquer ? le téléphone reste un objet personnel que la personne garde avec elle en permanence.
Expert 34	Cette vigilance est la même pour tous les citoyens. Cette phrase aurait plus sa place dans le chapitre des populations présentant une vulnérabilité. C'est la

	vulnérabilité qui fait que nous devons nous préoccuper pour la personne des "effets pervers" du numérique.
Expert 36	pas essentiel d'en faire une reco car concerne tout le monde et pas seulement les personnes vulnérables et/ou précaires, à mon sens "effet pervers" est une expression trop populaire
Expert 38	il faut bien sur informer des réseaux sociaux qui peuvent devenir une problématique surtout en ayant des troubles ou pathologie

3.2.5. Les crises et les urgences psychiatriques

Les troubles psychiques sévères, fréquents parmi les personnes en situation de grande précarité, peuvent donner lieu à des situations de crises en lien avec ces troubles. Il est constaté : & middot; qu'il existe des situations de crise (dans la rue, en hébergement...) qui se dégradent sans que personne n'agisse, laissant les personnes dans des situations de vulnérabilité extrême. Les personnes ne formulent pas toujours de demande de soins et les professionnels de première ligne peuvent se sentir démunis face à ces situations ; & middot; qu'il existe à l'inverse une tendance à solliciter les équipes psychiatriques pour traiter des situations difficiles qui ne relèvent pas d'une décompensation psychiatrique mais d'autres registres (délinquance notamment).

Proposition 56

Il est recommandé :

de s'appuyer autant que possible sur des actions de prévention et d'anticipation ;

les consultations avancées qui permettent aux équipes psychiatriques d'intervenir dans les structures d'hébergement, squats, bidonvilles et rue, peuvent être une occasion de travailler avec la personne sur la conscience des troubles et la gestion des traitements ;
dans certains cas, les hospitalisations séquencées programmées peuvent être un outil utile pour éviter les crises aiguës ;
les mesures d'anticipation telles que les directives anticipées en psychiatrie ou les plans de crise ou de prévention partagé sont à mettre en place dès que cela est possible (si la personne est connue des services et ouverte à cette possibilité) ; il est important notamment d'encourager la désignation d'une personne de confiance qui pourrait jouer le rôle de personne tierce dans le cas d'une hospitalisation sans consentement.

de familiariser tous les acteurs (professionnels, bénévoles, public) au recours aux services d'accueil et d'urgence spécialisés, aux numéros d'appel d'urgence pour risque de suicide.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.70

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	0	4	30	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	2.78	0.00	11.11	83.33	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 16	Peut-on rajouter l'intérêt de la téléconsultation / télé-expertise dans ce domaine ? Elles peuvent être, dans ce cadre, considérées comme des actions de prévention et d'anticipation. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) sont-ils également une ressource pouvant être mise en avant pour les professionnels de santé ?
Expert 20	Oui dans l'idéal ...Infirmière à domicile depuis 42 ans dans une cité multi ethnique au nord de Nice je suis régulièrement confrontée à des situations de troubles de santé mentale et de grande précarité nécessitant l'intervention d'équipes de psychiatrie et je peux dire en toute sincérité que malgré un CMP très présent et très collaboratif avec les soignants de proximité dans notre quartier nous n'avons comme seul recours en situation de crise grave les services d'urgence.

Expert 22	Ces actions sont essentielles mais il est aussi prioritaire de garder suffisamment de lit d'hospitalisation en psychiatrie pour pouvoir hospitaliser quand nécessité
Expert 23	D'évaluer de façon pluridisciplinaire les bénéfices potentiels d'une hospitalisation versus les risques (notamment fragiliser un lien de confiance avec les équipes de proximité, conduisant à un isolement encore plus important du patient.e
Expert 34	La formule "les personnes ne formulent pas toujours de demande" pourrait être remplacée par " les personnes formulent rarement", ce serait plus juste et d'ailleurs justifie l'aller vers. Devant le refus de principe par de nombreux hôpitaux d'entendre parler d'hospitalisations séquentielles ou séquencées, cet outil de soin et de maintien du rétablissement devrait être plus développé ou mis en avant dans ces recommandations. Derrière cette question et le refus de principe se cache une problématique beaucoup plus complexe qui est celle de qui doit prendre en charge les troubles psychiques au long court (ceux qu'on n'ose plus appeler les "chroniques", en fait les "rétablis avec symptômes très actifs"): le sanitaire, le médico-social, le social?? Ce n'est pas qu'un manque de lit dans les services. Les hospitalisations séquencées, séquentielles, périodiques, programmées...permettent dans leur grande majorité des cas de faire "tenir" le social et l'entourage au sens large. Le refus par les hospitaliers de cet outil fabrique de la crise, de l'aiguë et génère le recours aux urgences et aux hospitalisations sous la contrainte. Le déni de la chronicité de certains troubles psychiques et la règle de n'hospitaliser que les décompensations aiguës contraint la personne a toujours plus de symptôme pour être entendu par les soignants. Ce qui la met en danger ainsi que son entourage, en l'occurrence les travailleurs sociaux.
Expert 36	très général et n'a pas de caractère spécifique au milieu précaire. Même si c'est bon de rappeler que ces usagers là ont le droit aussi à des actions de prévention et d'anticipation
Expert 38	totalement d'accord

Proposition 57

Si une décision d'hospitalisation est prise, il est recommandé :

- de ne jamais faire intervenir un professionnel seul ;
- d'accompagner la personne tout au long du processus. Idéalement un intervenant connu de la personne reste à ses côtés jusqu'à l'admission en hospitalisation et assure le lien avec les équipes externes ;
- de maintenir la communication en amont et en aval de l'hospitalisation (avec la personne et avec les professionnels qui l'accompagnent) ; en particulier il est recommandé de réaliser un debriefing après toute hospitalisation, avec l'ensemble des acteurs impliqués ;

- de prendre en compte « l'aval » de l'hospitalisation le plus précocement possible (avant l'admission si possible).

Une hospitalisation ne doit pas faire perdre à la personne sa solution de logement/hébergement, il est nécessaire en particulier de garantir à la personne sa place en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ;

- de faire de l'hospitalisation une opportunité pour mieux évaluer les besoins et les attentes de la personne et améliorer les réponses ;
- Pour les personnes qui font des crises fréquentes, il est recommandé de mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ;
- lorsqu'il y a un entourage, il est recommandé de l'associer (avec l'accord de la personne concernée) .

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.38

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	3	0	1	3	27	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.78	8.33	0.00	2.78	8.33	75.00	2.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.86	97.14

Expert	Commentaires
Expert 1	Lorsqu'une hospitalisation PI doit être réalisée à la rue ou en structure d'urgence, il est souvent compliqué de coordonner l'arrivée rapide de l'ambulance et des forces de l'ordre en appui. Il est important de pouvoir retravailler le protocole avec les différents intervenants pour éviter des situations qui peuvent être traumatisantes pour le patient, les autres usagers de la structure ou les travailleurs sociaux de ces structures.
Expert 3	Pour la phrase "Une hospitalisation ne doit pas faire perdre à la personne sa solution de logement/hébergement, il est nécessaire en particulier de garantir à la personne sa place en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)", je pense qu'il faut apporter une nuance. Parfois, le CHRS (ou autre dispositif d'accueil) sert de lieu de relégation qui permet aux autres dispositifs (sociaux et sanitaires) de se dédouaner, ce qui peut constituer une difficulté à deux niveaux. D'une part, cela peut compromettre la santé de la personne vulnérable parce qu'elle se retrouve dans un endroit non adapté à sa situation psychique, et donc en souffrance. D'autre part, l'enjeu de sécurité peut se poser pour les autres: le collectif est fragile dans ces structures, et une personne trop en difficulté pour pouvoir le supporter peut totalement le déstabiliser et provoquer beaucoup de violence autour d'elle et contre elle. Je propose donc la nuance: "Une hospitalisation ne doit pas faire perdre à la personne sa solution de logement/hébergement, il est nécessaire en particulier de garantir à la personne sa place en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) si sa situation psychique y permet son maintien une fois les soins réalisés".
Expert 9	Rajouter: d'avoir anticipé, avec la personne elle même, le cadre d'intervention pour les situations nécessitant une hospitalisation
Expert 10	je ne connais pas les RCP
Expert 21	Oui, importance des RCP+++ avec tous les acteurs de la pEC et la personne autour du projet de la personne.

Expert 22	Ces points sont essentielles mais me semble difficile à tenir du fait de la pénurie des professionnels de santé
Expert 33	Avec l'accord de la personne concernée = sans les parenthèses, il s'agit d'une personne majeure.
Expert 35	Je ne comprends pas pourquoi il est spécifier "garantir à la personne sa place en centre d'hébergement et de réinsertion sociale". Il me semble que c'est plus adapté d'utiliser un terme large comme "garantir à la personne sa place dans un lieu d'hébergement ou le maintien de son logement à son retour"
Expert 38	effectivement c'est extrêmement important

3.2.6. Accompagner les périodes de transition

Pour les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques les moments de transition entre différents lieux et entre dispositifs (tels que sortie d'hospitalisation, accès à un logement, admission dans une structure, sortie d'incarcération...) même s'ils sont porteurs d'opportunités sont aussi des moments de fragilisation. Ces périodes de transitions sont marquées par des risques de rupture (retour à la rue, overdose, ruptures de soins...). Il est nécessaire de mettre en place un accompagnement spécifique de ces périodes, en assurant une continuité du suivi, en anticipant les changements et en accompagnant la personne dans la création d'un réseau et l'identification des ressources en soutien de sa nouvelle vie. Or, dans les faits, cet accompagnement n'est que rarement mis en place. Bien que des modèles évalués de manière systématique dits « critical time intervention » (CTI) soient identifiés dans la littérature scientifique et qu'il existe des pratiques et des dispositifs assurant sur le terrain ce type d'accompagnement (soutien par des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), appartement de coordination thérapeutique (ACT) « hors les murs », services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), certains dispositifs d'intermédiation locative (IML)...), les transitions sont de une manière générale marquées par les ruptures du suivi (par exemple sortie d'hospitalisation psychiatrique « sèche » ou sans suivi autre qu'un rendez-vous en centre médico-psychologique). L'ensemble des acteurs (responsables de l'organisation territoriale, acteurs du champ sanitaire et social mais aussi du secteur pénitentiaire et du logement) sont appelés à se mobiliser pour mieux organiser l'accompagnement des périodes de transition.

Proposition 58

Il est recommandé de limiter les risques de rupture en :

- évitant toute sortie de dispositif sans solution ou suivi ;
- réduisant les délais d'attente pour les rencontres avec les équipes sanitaires et sociales et la mise en place des réponses ;
- luttant contre les discriminations dont les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques peuvent être victimes ;

· assurant la continuité des droits.

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	3	4	27	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.86	0.00	8.57	11.43	77.14	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Je propose de compléter la phrase "réduisant les délais d'attente pour les rencontres avec les équipes sanitaires et sociales et la mise en place des réponses" de cette manière: "réduisant les délais d'attente pour les rencontres avec les équipes sanitaires, sociales ou médico-sociales, et la mise en place des réponses". En effet, des dispositifs tels que les ACT relèvent du médico-social.
Expert 20	Je suis en accord total tout en soulignant la difficulté de rendre effectif ces objectifs

Expert 22	Mise en pratique difficile au vue des difficultés d'hébergement
Expert 27	la fin de la grossesse , et la transition de sortie de maternité avec un nouveau-né est également une période à haut risque pour les personnes en grande précarité présentant des troubles psychiques.
Expert 29	De ne pas rejeter les personnes qui se présentent aux urgences psychiatriques pour demander de l'aide.
Expert 36	lutter contre la discrimination est un peu redondant et peu dans le sujet dans ce chapitre
Expert 38	les droits sont nécessaires pour favoriser les soins ,les hospitalisations également

Proposition 59

Il est recommandé de repérer les personnes qui peuvent être particulièrement fragilisées pendant les périodes de transition entre dispositifs ou lieux de vie (sortie de rue, accès à un logement indépendant, sortie d'hospitalisation psychiatrique...).

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.59

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	2	1	3	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	5.56	2.78	8.33	80.56	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Les sorties d'incarcération.
Expert 20	Le repérage nécessite cependant une démarche pro active de résolutions des problèmes si ces périodes de transition sont sources de rupture .
Expert 29	et donc de formaliser ce besoin dans les projets de service, le faire apparaître comme un élément de l'accompagnement nécessaire et donc de temps dégagé en lien.
Expert 36	ce n'est pas une reco mais un fait : les périodes de transition sont marquées par les risques de rupture chez les sujets précaires qui souffrent de tb psy OU sinon, les repérer est à mettre en tête de ce chapitre avant la proposition 58
Expert 38	le suivi doit être évalué dès la sortie pour éviter des rechutes et donner des futurs rendez-vous

Proposition 60

Il est recommandé d'anticiper ces périodes de transition avec la personne en :

- lui permettant de réfléchir avec les équipes aux opportunités et aux risques dont ces périodes sont porteuses ainsi qu'à sa motivation à poursuivre l'accompagnement social et médical ;
- établissant précocement, avant la transition, un contact avec une personne référente de l'équipe qui accompagnera la période de transition.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.70

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	5	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	2.78	13.89	80.56	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	La phrase "Il y a de ce fait moins d'hospitalisations, que si celles-ci interviennent elles sont moins longues et moins nombreuses." est à reformuler.
Expert 3	Je propose de compléter la phrase "lui permettant de réfléchir avec les équipes aux opportunités et aux risques dont ces périodes sont porteuses ainsi qu'à sa motivation à poursuivre l'accompagnement social et médical" par ces ajouts: "lui permettant de réfléchir avec les équipes aux opportunités et aux risques dont ces périodes sont porteuses ainsi qu'à sa motivation à poursuivre l'accompagnement social, médical et médico-social".
Expert 22	La relation de confiance ne peut s'établir que si des solutions sont apportées à la personne soignée
Expert 29	même problème que proposition 59 + problème du turn-over des équipes.
Expert 38	le ou la référent sont des personnes qui facilite la relation patient soignant

Proposition 61

Il est recommandé de proposer à ces personnes un accompagnement pendant une période limitée (en général plusieurs mois) qui comprend en particulier :

- des interventions par une équipe pluridisciplinaire en soutien de l'adaptation au nouveau contexte de vie de la personne ; cela peut concerner tout autant l'accompagnement social et les soins (santé psychique et somatique) que des aspects très pratiques de la vie ;
- une possibilité pour la personne de faire appel à l'équipe à tout moment ;

- une aide à la construction d'un réseau personnel et à l'identification de ressources sur lesquelles la personne pourra s'appuyer de manière pérenne comprenant la construction de liens avec les professionnels de santé et du champ social du territoire, notamment :

- l'identification d'un médecin traitant et la sollicitation des professionnels de santé libéraux en tant que de besoin ;

- le lien avec les services psychiatriques ambulatoires ;

- le lien avec les services sociaux et médico-sociaux, dont les travailleurs sociaux de secteur et les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ;

- avec l'accord de la personne, la transmission d'informations aux équipes appelées à prendre des responsabilités dans l'accompagnement et les soins ;

- la création de liens au sein de l'environnement de la personne ; l'aide à l'identification de lieux et d'activités intéressants pour elle.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	1	1	6	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.70	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	2.70	16.22	75.68	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.70	97.30

Expert	Commentaires
Expert 8	permanence de nuit pour l'équipe? Si joignable à tout moment
Expert 22	Peut-être est-il nécessaire de nommer un ou deux coordinateurs à chaque accompagnement
Expert 24	la définition d'une durée limite n'est guère souhaitable 1° il faut raisonner en terme d'objectif à atteindre et non de durée. 2° à chaque objectif atteint il convient de travailler avec l'utilisateur et de redéfinir avec lui un projet
Expert 29	ça serait formidable ! Il faut aussi arriver à régler ce problème d'intervention SAVS/SAMSAH en CHRS derrière lequel se réfugie la MDPH et les services d'accompagnement (refus de commencer avant le départ du CHRS) et qui ne permettent pas de créer un référent repère extérieur pour une passation.
Expert 33	Juste un micro détail : en tant que de besoin = formule un peu lourde et désuète.
Expert 38	oui

Proposition 62

Il est recommandé de ne pas définir a priori de durée d'accompagnement, mais d'adapter cette durée à la situation de chacun.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.71

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	1	2	32	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	2.70	2.70	5.41	86.49	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	ou alors définir une durée avec un bilan à la fin pour revoir les objectifs, les échecs, les réussites, revoir les moyens avec les personnes et refaire une durée d'accompagnement définie
Expert 10	le temps long permet de se restaurer mais besoin de se projeter dans l'ailleurs afin de ne pas se chroniciser
Expert 21	De mon point de vue, il faut tout de même évoquer le fait que l'accompagnement aura une fin. Car certains dispositifs sont parfois saturés (et n'ont sans doute plus lieu d'être) et ne travaillent pas assez la séparation nécessaire d'avec les personnes à un moment donné (ex. du job coaching...)
Expert 22	La durée d'accompagnement peut-être définie, cela pose un cadre mais il est tout à fait possible de renouveler les accompagnements
Expert 25	Nous avons jusqu'ici fonctionné ainsi sans durée pré-établie. A présent nous préférons partir sur des durées renouvelables de 6 mois afin de garder à l'idée de passage de relais aussi bien pour l'utilisateur accompagné que pour l'équipe et travailler dès le départ le réseau qui accompagnera à la sortie du dispositif.
Expert 26	Peut-être préciser que cela n'empêche pas de faire des points réguliers pour réévaluer les besoins d'accompagnement ?
Expert 38	c'est évident

Proposition 63

Il est recommandé de diminuer graduellement l'intensité des interventions, en fonction des besoins des personnes ; l'équipe accompagnant la transition doit pouvoir cesser son intervention et « passer le relais » au réseau d'aidants construit avec la personne.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.44

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	0	3	3	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.70	0.00	0.00	0.00	2.70	0.00	8.11	8.11	78.38	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.70	97.30

Expert	Commentaires
Expert 3	Je propose d'indiquer ici qu'il s'agit d'agir dans une logique de subsidiarité, afin de ne pas créer un "réseau secondaire" spécifiquement dédié aux personnes en situation de précarité et souffrant de troubles psychiques, car cela constituerait un éloignement paradoxal vis-à-vis du droit commun et donc de l'intégration dans la société.
Expert 9	Selon les individus; pas forcément un passage pour tous; certains doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement ad vitam eternam
Expert 19	oui mais sans méconnaître la fragilité possible de ces réseaux
Expert 21	Oui, nécessité de travailler la séparation, progressive avec des relais.

Expert 33	En orthographe traditionnelle (non réformée),relais prend un s final (Larousse).
Expert 36	c'est je pense du cas par cas
Expert 38	dans le devenir c'est une bonne proposition suivant la stabilisation de la personne

3.3. Développer la médiation en santé et la pair-aidance

Les besoins et attentes des personnes vulnérabilisées sont portées par de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers, en particulier la médiation en santé et la pair-aidance. Ces nouveaux métiers sont mobilisables auprès des professionnels de santé et du champ social ainsi que des agents administratifs dans l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques.

3.3.1 La médiation en santé

Les acteurs intervenant dans les parcours des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques peuvent manquer d'outils : & middot; pour repérer ou dépister des comportements liés à des troubles psychiques ; & middot; pour identifier ou référencer les ressources individuelles et collectives participant à la restauration ou au renforcement du bien-être psychosocial. Par ailleurs, les personnes peuvent être mises en difficulté dans leurs relations avec les professionnels des administrations ou du système de santé ou d'accompagnement soit qu'elles n'en maîtrisent pas les codes, soit qu'elles ne parviennent pas à s'orienter dans la multitude des dispositifs proposés, ces difficultés impactant leur parcours de soins et leur rétablissement. L'intégration de médiateurs en santé dans les équipes médico-psycho-sociales et administratives facilite l'accès à la santé par l'instauration d'un dialogue entre la personne et les professionnels. Le médiateur, par son rôle de tiers extérieur permet la confrontation et la rencontre des différents points de vue et ainsi de lever les obstacles liés à la méconnaissance réciproques (conditions de vie et structuration du système de santé) pour la recherche d'une solution commune.

La médiation en santé La médiation en santé est définie comme une « fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits [en santé], à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités ». A ce titre, elle participe à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Le rôle du médiateur en santé et la fonction de médiation en santé ont été définis par la HAS dans un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques concernant la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. L'action du médiateur en santé s'articule au sein d'un réseau territorial d'acteurs et permet de créer la rencontre avec les populations concernées, faciliter la coordination du parcours de santé, favoriser des actions collectives de promotion de la santé et participer aux actions structurantes au projet. Elle s'exerce en structures (hôpitaux, centres et maisons de santé, structures d'exercice coordonné) et des actions d'aller-vers et de ramener vers. Elle participe à garantir le droit à la santé des personnes en situation de vulnérabilité. Elle s'appuie sur les 3 principes déontologiques suivants : & middot; respect de la confidentialité et secret professionnel ; & middot; non-jugement ; & middot; respect de la volonté des personnes

Proposition 64

Il est recommandé d'intégrer des médiateurs en santé au sein des équipes pour faciliter la

communication entre les personnes et les acteurs de l'accompagnement global.

L'appui sur un médiateur en santé doit notamment permettre :

- d'aider les personnes à accéder aux informations et services, dans un objectif d'autonomisation ;
- de soutenir les professionnels dans leurs efforts pour comprendre les conditions de vie des personnes afin d'établir des relations de confiance et de réadapter les services
- d'identifier les dysfonctionnements structurels afin de permettre aux pouvoirs publics et aux gestionnaires de programmes de réajuster les dispositifs en conséquence.

Les médiateurs en santé doivent être formés.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	3	4	27	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	0.00	8.11	10.81	72.97	5.41

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	"Les médiateurs en santé doivent être formés." = La phrase est un peu abrupte, même si elle est juste sur le fond et que j'en comprends l'importance.
Expert 14	Pourquoi ne pas citer le profil optimal du "médiateur de santé pair" ? Je trouve dommage que les deux paragraphes (3.3.1 et 3.3.2) soient présentés de manière aussi scindée (le pair-aidant endosse également un rôle fondamental en termes de "médiation").
Expert 15	et de coordonner l'intervention des médiateurs de santé avec les équipes d'accompagnement proposer une information stabilisée et partager par l'ensemble des acteurs et ainsi éviter la confusion des messages
Expert 23	- de prévenir les situations de rupture de soins en soulignant les compétences de chacun et en facilitant les compromis.
Expert 36	en théorie, d'accord +++ en pratique, pas évident de trouver des MSP concernés par la précarité + tb psy rétablis etc.
Expert 38	c'est absolument nécessaire

3.3.2. La pair-aidance

Un mouvement historique aux racines multiples (secours mutuels, mouvement de défense des droits des usagers en santé et dans le champ social...) porte la participation des usagers à tous les niveaux (accompagnement des personnes, formation des professionnels, gouvernance des structures, élaboration des stratégies au niveau national...). Les initiatives qui utilisent et valorisent les savoirs et savoir-faire issus de l'expérience de vie des personnes sont très diversifiées. Il existe une multitude de statuts et une terminologie foisonnante. Dans le cadre de ce large mouvement de développement de la participation des usagers, le pair-aidant participe à l'accompagnement global au sein des équipes intervenant auprès des personnes en situation de grande précarité et en complémentarité avec celles-ci dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement. Le terme de « pairs-aidants » est retenu ici pour désigner des personnes ayant été confrontées à des situations particulières de vie (troubles psychiques, parcours de migration, sans-abrisme) associées à un vécu douloureux et souvent stigmatisées socialement, et qui participent aux interventions sanitaires et sociales (soins, accompagnement, mise en place d'interventions, formation des professionnels...) en se fondant sur ce savoir expérientiel. Il s'agit d'une nouvelle fonction, qu'il s'agisse d'une intervention bénévole ou d'un poste salarié (par la structure ou par une plateforme). Les champs d'intervention sont très divers : psychiatrie et santé mentale, addictologie, dispositifs d'accueil, hébergement, insertion, parcours d'exil... Ces pairs-aidants participent : au rétablissement de personnes confrontées à des situations similaires. L'expérience partagée et l'identification réciproque entre pairs facilitent le lien et soutiennent la capacité de la personne à se projeter et espérer à nouveau ; cela est particulièrement vrai pour les personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques qui peuvent être en rupture profonde avec le système de santé et les dispositifs sociaux

ou qui n'arrivent pas à y accéder. Les pairs-aidants contribuent à leur redonner confiance et à renouer avec les équipes et les dispositifs de soins et d'accompagnement. Par leur action, ils contribuent à l'accès à la citoyenneté et à l'insertion ces personnes. • au renouvellement des pratiques et organisations de soins et d'accompagnement, les équipes étant invitées grâce à l'apport et à la vision des pairs, à mieux écouter les personnes, à favoriser le respect des choix des personnes, à innover et établir des relations d'équipe plus « horizontales » et pluridisciplinaires. Cette nouvelle légitimité d'intervention fondée sur les savoirs expérientiels tend à « bousculer » les pratiques professionnelles antérieures. L'intervention des pairs doit, pour être efficace, être travaillée au sein des équipes et reconnue par les institutions. Les pairs-aidants doivent être soutenus dans leur développement et leur bien-être qu'ils soient professionnels ou bénévoles.

Proposition 65

Il est recommandé de mettre en place l'intervention de pairs-aidants auprès des personnes en situation de grande précarité ayant des problématiques de santé mentale, en particulier pour :

- leur apporter, dans des moments de difficultés, le soutien d'une personne ayant vécu des expériences similaires ;
- les aider à s'orienter dans le système, les accompagner dans leurs démarches ;
- leur montrer par leur exemple qu'un rétablissement est possible et leur donner espoir ;
- leur permettre d'appréhender comment des personnes ayant des expériences similaires de la précarité et de la maladie mentale ont pu évoluer dans leur vie et développer des stratégies personnelles de rétablissement.

Cet effet « miroir » ne nécessite pas une identité des expériences ; une personne peut se reconnaître dans une personne ayant un parcours de vie très différent et évoluer en s'appuyant sur cette expérience.

- contribuer à établir ou rétablir des relations de confiance avec les professionnels et améliorer la communication avec eux en portant leur parole et aidant à comprendre leur point de vue. Si cela correspond à son souhait, un pair-aidant peut notamment aider la personne à se réinscrire dans un parcours de santé, il est un facilitateur dans l'alliance thérapeutique ;
- limiter les risques de violence institutionnelle involontaire. La présence d'un pair dans une équipe permet aux professionnels de réinterroger leurs pratiques et de modifier leurs représentations.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	5	1	3	3	23	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.70	0.00	0.00	0.00	13.51	2.70	8.11	8.11	62.16	2.70

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 3	Je pense qu'il faudrait apporter une nuance à cette phrase: "limiter les risques de violence institutionnelle involontaire. La présence d'un pair dans une équipe permet aux professionnels de réinterroger leurs pratiques et de modifier leurs représentations." Peut-être de cette manière: "limiter les risques de violence institutionnelle involontaire (inadaptation aux vécus spécifiques des personnes, surexposition à la maltraitance institutionnelle en raison des comportements atypiques ou non-normatifs). La présence d'un pair dans une équipe permet aux professionnels de réinterroger leurs pratiques et de modifier leurs représentations."
Expert 5	je suis très "perplexe" sur la fonction des pairs aidants, qui dans le texte sont mis au même niveau que les médiateurs en santé et sur leur fonction "cf. servir d'exemple, donner espoir"... Bénévoles et professionnels c'est la même chose? la pair-aidance c'est très bien mais j'ai l'impression que les recommandations

	débordent du sujet initial : psychiatrie et précarité . Certes Un Chez Soi D'abord est à promouvoir pour les précaires mais la pair aidance et le rétablissement sont des sujets beaucoup plus délicats à envisager dans leur globalité Faut-il proposer des recommandations concernant rétablissement et pair-aidance en psychiatrie? En synthèse il me semble que les recos sur pair aidance et rétablissement sont hors sujets car elles concernent toute la psychiatrie .
Expert 11	je ne crois pas au concept du pair-aidant. Je ne pense pas que cela puisse aider les personnes à se projeter. J'estime qu'une personne accompagnée avec succès devrait définitivement ne plus avoir à faire à nos services. En ce qui me concerne, je pense que pair aidant n'est pas une vocation. Certaines personnes que j'ai pu accompagner aujourd'hui bien insérées ont du quitter la région pour ne plus avoir de contact avec d'anciennes connaissances.
Expert 19	Les pairs aidants dans leur savoirs expérientiels n'ont pas le plus souvent l'expérience de la vie à la rue et de la très grande précarité. Il y a donc une formation plus spécifique à leur proposer.
Expert 20	Nous devons prendre en compte toutes ces évolutions et nous inscrire dans une dynamique partenariale avec la personne. Les personnes en situation développent toute une activité au service de leur << MAINTIEN DE SOI EN VIE>> qui est absolument à prendre en compte dans la relation. Cependant pour y parvenir dans les meilleures conditions possibles il est nécessaire qu'ils s'engagent dans des dispositifs de formation afin d'appréhender au mieux l'univers dans lequel ils souhaitent s'investir . Mais aussi, pour parvenir à un partenariat satisfaisant , les acteurs de culture différente que nous sommes devons parvenir à opérer à une révolution culturelle .
Expert 22	La notion de pairs-aidants me paraît complexe dans le domaine de la santé mentale et de la précarité, le pairs aidants peut se retrouver fragilisé soit par sa santé soit par les accompagnements
Expert 29	ne pas engager des pairs-aidants ex-hébergé.e.s / accompagné.e.s par la structure surtout quand même équipe/résidents. Les encourager à exercer ce rôle mais ailleurs. Quand une personne est recrutée, qu'elle ne serve pas uniquement de vitrine mais qu'elle puisse bénéficier d'une personne référente au sein de la structure et lui proposer des formations en lien pour la soutenir dans sa prise de poste.
Expert 36	ceci est une reco générale concernant les pairs aidants et non notre sujet précisément à moins détailler peut-être ?

Proposition 66

Il est recommandé d'impliquer les pairs-aidants dans la mise en place des dispositifs, leur

évaluation et dans le fonctionnement des équipes en :

- intégrant le point de vue des pairs dans le développement des dispositifs et des réponses d'accompagnement ; la participation de pairs pousse à un renouvellement des pratiques des équipes et est source d'innovation ;
- associant des pairs-aidants à différentes interventions, par exemple en les associant aux actions d'aller-vers ;
- diversifiant les profils de pairs recrutés ; cette diversité (de parcours de vie, de formation d'origine...) est un gage pour l'instauration d'une véritable pluridisciplinarité ;
- impliquant les pairs-aidants dans les démarches d'amélioration (évaluation des pratiques professionnelles, gestion des risques, analyse de pratiques...).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.09

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	3	1	3	3	24	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.70	0.00	0.00	0.00	8.11	2.70	8.11	8.11	64.86	5.41

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.86	97.14

Expert	Commentaires
Expert 3	Je pense que la phrase "cette diversité (de parcours de vie, de formation d'origine...) est un gage pour l'instauration d'une véritable pluridisciplinarité" pourrait être plus opportune en ne ciblant pas nécessairement la pluridisciplinarité (qui est un terme professionnel) mais plutôt en parlant d'expertises croisées (ce qui est plus large et moins réducteur). Par exemple: "cette diversité (de parcours de vie, de formation d'origine...) est un gage pour l'instauration d'un véritable dialogue entre les expertises (professionnelles, institutionnelles, expérientelles".
Expert 5	Pairs aidants: quel statut? quel parcours de professionnalisation? Quel cadre de référence (sur le modèle du référentiel HAS sur les médiateurs en santé?)
Expert 7	Penser à la formation d'espairs-aidants!
Expert 11	voir commentaire précédent.
Expert 20	Cf commentaires proposition 65
Expert 29	J'ai du mal à répondre car pour le moment les exemples connus n'ont pas été accompagnées et l'expérience de fait non concluante (selon moi).
Expert 36	ceci est une reco générale concernant les pairs aidants et non notre sujet précisément idem?
Expert 38	totalémnt d'accord

Proposition 67

Il est recommandé de créer les conditions d'une bonne intégration des pairs-aidants aux équipes en :

assurant la promotion de l'utilité et de la légitimité des savoirs de l'expérience au sein des équipes et à tous les niveaux de l'institution. Cela implique notamment un accompagnement des équipes au moment du recrutement de pairs-aidants ; en particulier avec des pairs-aidants ; favorisant la reconnaissance du pair-aidant comme un intervenant de l'équipe à part entière ; cela passe notamment par :

la clarification du cadre d'intervention des pairs-aidants en particulier au travers de fiches de poste coécrites avec les personnes concernées ;
la participation aux réunions d'équipe ;
une pratique en binôme pair-aidant/professionnel de santé/travailleur social ;

l'intégration d'au moins deux pairs au sein d'une équipe pour éviter l'isolement.

Le recrutement d'un pair-aidant par une équipe par laquelle il a été lui-même accompagné ou est encore accompagné n'est pas souhaitable.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.15

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	3	1	0	7	23	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.78	0.00	0.00	0.00	8.33	2.78	0.00	19.44	63.89	2.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.86	97.14

Expert	Commentaires
Expert 3	1)

	Je pense que la phrase "une pratique en binôme pair-aidant/professionnel de santé/travailleur social" exclut les professionnels qui n'appartiennent pas à ces catégories mais qui agissent pourtant au quotidien (psychologues, professionnels transversaux tels que les chargés de parcours, les personnels éducatifs, les chargés de santé publique, Etc.). Peut-être qu'une phrase de type "une pratique en binôme pair-aidant/professionnel (toutes disciplines présentes dans le service) pourrait contourner cette difficulté? 2) La présence des pairs-aidants aux réunions d'équipe peut constituer une difficulté dans le sens où la personne "aidée" peut ne pas souhaiter qu'ils aient accès à certaines informations sensibles (médicales, psychologiques, sociales), précisément parce que les pairs-aidants ont une fonction spécifique et parfois vécue comme distincte des autres professionnels (moins technique, plus axée sur le relationnel ou le partage humain, etc.). Peut-être indiquer, pour répondre à cela "participation aux réunions d'équipe, avec accord des personnes accompagnées"?
Expert 11	voir commentaire de la proposition 65.
Expert 14	Le dernier point serait à modérer selon moi : tout dépend de l'individu, de son parcours, de l'accompagnement dont il a pu ou peut encore bénéficier, du poste et de la formation professionnelle qui lui sont proposés, de même que de la structure qui se propose de l'accueillir (quid d'un groupe autosupport ?)... Mon expérience professionnelle m'a permis de constater à plusieurs reprises des transitions de statuts très satisfaisantes : de personne accompagnée à personne bénévole-relai à salarié.e (non sans un processus de formation/professionnalisation)... Je dirais plutôt qu'"il est recommandé d'apporter une vigilance particulière au recrutement d'un pair-aidant par une équipe par laquelle..."
Expert 20	Cf commentaires proposition 65
Expert 21	En pratique, il est peut-être compliqué d'intégrer 2 pairs dans l'équipe, et il est fréquent qu'un pair aidant ait déjà été pris en charge par l'équipe où il intervient (ça n'est pas idéal évidemment).
Expert 26	Il faudrait peut-être rajouter une recommandation sur l'importance de ne pas mettre les pairs aidants sur des grilles très basses sur les conventions collectives du fait de leur manque de diplôme. La reconnaissance passe aussi par une reconnaissance salariale, surtout qu'il s'agit pour beaucoup de contrats à temps partiel
Expert 29	Désolé cela rejoint les points que je souhaitais préciser précédemment !
Expert 36	ceci est une reco générale concernant les pairs aidants et non notre sujet précisément idem?
Expert 38	c'est une excellente solution pair aidant professionnel de santé et travailleur social

Proposition 68

Il est recommandé de soutenir le développement professionnel et la santé au travail des pairs-aidants en :

favorisant les démarches de formation, de partages d'expériences et démarches collégiales et réflexives avec d'autres pairs-aidants (interview etc.);
proposant des aménagements de poste si besoin, et la possibilité de temps de « répit » ;
accompagnant les évolutions professionnelles en fonction des souhaits du pair-aidant ;
assurant un accès à un soutien psychologique en tant que de besoin.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.18

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	3	1	2	1	26	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.78	0.00	0.00	0.00	8.33	2.78	5.56	2.78	72.22	5.56

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.94	97.06

Expert	Commentaires
Expert 8	les propositions sont bonnes mais il faudrait aussi les définir pour les personnels de santé
Expert 14	(ce qui devrait valoir pour tout professionnel, bien sûr avec une attention particulière pour ceux identifiés en tant que "personnes concernées")
Expert 19	Accord avec les deux propositions précédentes, elles sont valables en général pour les pairs aidants dans des services standard, cela doit être sans doute modulé spécifique pour les équipes plus légères, santé mentale et précarité
Expert 20	Cf commentaires proposition 65
Expert 26	Dans notre CHRS, nous avons mis en place un dispositif de parrainage par 2 salariés qui peuvent ainsi venir en renfort du travailleur pair s'il a des difficultés
Expert 36	ceci est une reco générale concernant les pairs aidants et non notre sujet précisément

Proposition 69

Il est recommandé d'organiser la participation des pairs-aidants à la sensibilisation et la formation initiale et continue des professionnels de santé et du travail social.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.17

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	3	0	4	2	26	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.70	0.00	0.00	0.00	8.11	0.00	10.81	5.41	70.27	2.70

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 3	Peut-être ajouter "et à la formation continue des professionnels médico-sociaux"?
Expert 10	favorise la déstigmatisation auprès des professionnels
Expert 20	Cf commentaires proposition 65
Expert 38	oui

Conclusion

Les nouveaux métiers de médiateurs en santé et de pairs aidants sont en développement et portés par les politiques publiques. Pour autant, dans la pratique, les statuts et les contours de ces métiers ne sont pas clairement définis, les articulations avec les autres métiers de la santé et de l'accompagnement restant parfois difficiles à trouver. Cela peut mettre en difficulté certains pairs aidants et certains professionnels.

Proposition 70

Il est recommandé :

- Aux pouvoirs publics d'accompagner la professionnalisation de ces nouveaux métiers en définissant un cadre d'action et un statut ;
- De développer et soutenir la recherche concernant ces nouveaux métiers afin de disposer de données plus robustes pour soutenir la professionnalisation.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.17

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	2	1	2	3	27	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.70	0.00	0.00	2.70	5.41	2.70	5.41	8.11	72.97	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.41	94.59

Expert	Commentaires
Expert 2	définissant un cadre d'action et un statut ; = Code ROME notamment.
Expert 20	tout à fait d'accord
Expert 21	Oui pas clair du tout au niveau de la rémunération des pairs aidants
Expert 26	Rajouter : de les insérer dans les grilles de convention collective pour leur assurer une reconnaissance en termes de salaires
Expert 36	idem
Expert 38	très important un statut

3.4. Former et soutenir les acteurs

L'expression de la souffrance psychique peut prendre des formes diverses allant du repli sur soi à des comportements « hors normes » parfois associés à un abus de substances. Les acteurs de l'accompagnement peuvent être mis en difficulté et peuvent : · ne pas repérer certaines situations critiques sur le plan social ou psychique ; · redouter d'avoir à faire face à des situations très complexes pour lesquelles ils n'ont pas toutes les réponses. Les acteurs de première ligne peuvent alors éprouver un sentiment d'impuissance face à ses situations et adopter des attitudes de défense allant parfois jusqu'à de la maltraitance et de la discrimination qui nuisent à la qualité des soins et de l'accompagnement. Même pour les équipes spécialisées dans l'accompagnement de ces personnes, la confrontation à des situations difficiles, voire dramatiques et aux obstacles du système peut être à l'origine d'un sentiment

d'impuissance et de perte de sens. Une préoccupation et une action sur la souffrance des professionnels et de leur bien-être au travail sont nécessaires. Les acteurs qui participent à l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques doivent être formés pour améliorer le repérage, l'orientation et la qualité de l'accompagnement. Les acteurs de première ligne doivent être soutenus par des équipes spécialisées et les équipes de professionnels doivent être soutenus dans leur exercice.

3.4.1. Former les acteurs

Proposition 71

Les acteurs de première ligne ont un rôle majeur dans le repérage des situations, le soutien des personnes et l'atténuation de la souffrance psychique d'origine sociale. Il est recommandé de sensibiliser et former les acteurs de première ligne non professionnels de la santé mentale au repérage de la souffrance psychique. Si tous les acteurs de première ligne ne peuvent acquérir une spécialisation dans le champ de la santé mentale et de la précarité, tous peuvent bénéficier d'une sensibilisation sur les questions de précarité et de santé mentale permettant de fournir un premier niveau de réponse adaptée. Il est recommandé de former les équipes de première ligne :

- au repérage des signes d'appels des crises psychiatriques,
- aux connaissances de base sur les grandes familles de troubles psychiques, leurs manifestations et les signes d'alerte.

Les formations aux premiers secours en santé mentale proposent ce type de connaissances et devraient être développées.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.65

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	2	0	3	31	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	5.41	0.00	8.11	83.78	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Importance de penser aux SIAO : écoutants 115, équipe mobile sociale, permanences d'accueil, d'information et d'orientation, ... en première ligne de l'accueil et l'écoute des personnes sans abris ; mais aussi professionnels des hébergements d'urgence (dont les veilleurs de nuit)
Expert 8	un budget spécifique???
Expert 29	Pour moi les formations d'ES et d'ASS répondent à ces questions. je m'interroge sur le besoin de revenir dessus ou alors sur le fait de ne pas embaucher des gens diplômés !
Expert 34	Dans la formation des équipes de première ligne ne pourrait-on faire apparaître que les équipes de soin des services d'urgences devraient particulièrement en bénéficier du fait d'être une des portes d'entrées privilégiée des soins somatiques et psychiques.

Proposition 72

Il est recommandé de former les professionnels de santé, y compris les équipes de santé mentale aux spécificités de l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité comprenant une approche générale des impacts sur la santé mentale de la situation sociale des patients et de son évaluation.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.63

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	1	4	30	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.41	0.00	2.70	10.81	81.08	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Bonne proposition mais si cela n'est pas défini comme une priorité de formation par les pôles médicaux... Cela ne se fera pas
Expert 9	Pourquoi limiter aux seuls professionnels de santé?
Expert 17	je pense que la sensibilisation des professionnels de santé sur l'impact social est importante, mais l'intervention conjointe professionnel santé et social est indispensable. le repérage est indispensable.
Expert 32	notamment des demandeurs d'asile

Proposition 73

Ces différentes formations doivent comprendre :

une réflexion sur la stigmatisation, la discrimination et sur les postures d'accueil et de bienveillance nécessaires à l'instauration d'une communication adaptée ;

des informations pratiques sur les ressources disponibles sur le territoire :

lieux d'accueils et de soutien, lieux de soins ou d'insertion ;
acteurs du territoire (soins, logement, emploi) qui peuvent proposer des aides, des accompagnements ou une médiation ;

une approche en termes de réduction des risques et des dommages ;

Ces formations peuvent se faire au moyen de techniques d'immersion, de compagnonnage, d'échanges de pratiques, y compris avec des pairs-aidants ou des patients experts. Les équipes mobiles psychiatrie précarité peuvent mettre en œuvre ces formations.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.71

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	6	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	2.70	16.22	78.38	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 24	nommer plus explicitement une formation à l'addictologie , formation qui ne se résume pas à la seule RDRD former dès la formation initiale les professionnelles à l'addictologie à la RDRD former les équipes au repérage précoce et à l'intervention brève
Expert 25	- importance de partager un savoir/langage commun afin de se comprendre dans l'évocation des situations
Expert 29	et il y a du travail !!!
Expert 34	A partir de leurs expériences de terrain les EMPP peuvent mettre au travail toutes ces questions, donner des repérages et des postures mais ne doivent pas se substituer à de véritables formations.
Expert 38	encore trop souvent de stigmatisation et de discrimination

3.4.2. Soutenir les acteurs

Les équipes de première ligne

Proposition 74

Il est recommandé d'organiser la possibilité d'un recours à des compétences spécialisées et les modalités de recours à celles-ci afin d'apporter des réponses concrètes aux personnes : les acteurs de première ligne doivent pouvoir faire appel à des professionnels aux compétences spécialisées dans la clinique de la précarité et dans l'accompagnement médico-psycho-social de ces situations pour un appui et des avis.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.79

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	6	30	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	16.22	81.08	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Je ne saisi pas à quoi renvoie le terme "ces situations". Je pense qu'il y a un glissement depuis la partie "Crises et urgences", mais ce n'est pas explicité.
Expert 9	Appui du réseau des PTSM
Expert 20	c'est tellement vrai
Expert 24	assurer le lien entre psychiatrie et structure halte soin addiction (HSA) et développer ces dernières

Proposition 75

Il est recommandé de prévenir et anticiper ces situations en construisant des collaborations pérennes avec les équipes spécialisées, des équipes de soins (ville et hôpital) et les partenaires sociaux afin d'éviter les situations de tension et de crise.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.73

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	6	29	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.41	16.22	78.38	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Idem.
Expert 19	éviter le plus possible.. et mieux répondre
Expert 23	Dans ce sens, il est recommandé de proposer des lieux de réflexion, analyse des pratiques pour les professionnels de première ligne. Afin, entre autres, de prévenir au mieux l'épuisement des professionnels et de lutter contre le turn-over incessant des équipes (champs de la santé psy et champs social). Cela pousse trop souvent à devoir renouveler des démarches déjà effectuées et provoque de nouvelles ruptures dans les parcours des personnes accompagnées.
Expert 26	Peut-être donner des pistes ou des exemples sur comment créer et maintenir de telles collaborations ?
Expert 38	oui très important

Les services d'urgences hospitaliers Les services d'urgences demeurent pour les personnes en situation de précarité et en détresse l'un des seuls lieux d'accueil inconditionnel, connu et repéré. Les situations des personnes concernées qui se présentent aux urgences générales se caractérisent souvent par : · une « porte d'entrée » somatique, ne relevant que rarement de l'urgence vitale, mais révélatrice de besoins très complexes (avec une intrication des aspects psycho-sociaux, des pathologies psychiatriques et addictives) ; · une répétition de visites et une absence de traçabilité des informations, d'orientation et de suivi entre deux visites ; · dans certains cas, des comportements « difficiles » : agressivité, agitation... Dans un contexte de tension sur les moyens des services, l'accueil des personnes peut être de mauvaise

qualité et le risque d'erreur médicale est démultiplié car l'urgence « vraie » est masquée par la complexité de la situation. Les professionnels des urgences : & middot; peuvent avoir l'impression que la prise en charge de ces situations les éloigne de leur cœur de métier : les urgences vitales ; & middot; ne sont en général pas outillés pour gérer les crises de nature psycho-sociale ; & middot; peuvent ressentir un sentiment d'impuissance face à des personnes qui se présentent régulièrement sans amélioration de leur situation ; cela peut conduire à une forme de négligence porteuse de risques pour la qualité et la sécurité des soins.

Proposition 76

Il est recommandé de multiplier les lieux d'accueil à « haut niveau d'inclusion » et des lieux de soins ouverts afin d'accueillir les situations ne relevant pas de l'urgence vitale mais nécessitant une évaluation ainsi qu'un accompagnement sanitaire et social.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.55

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	1	2	4	27	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	2.78	5.56	11.11	75.00	2.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.86	97.14

Expert	Commentaires
Expert 2	Sur l'encadré "Les services d'urgences hospitaliers" = Idem : la section "Crise et urgences" est une sous-partie (3-5-2), donc soit elle constitue une partie plus importante, soit il s'agit d'accompagnements ou de thématiques qui doivent faire l'objet d'un traitement spécifique en situation de crise, et dans ce cas là, il faudrait l'explicitier. Sur la proposition 76 : Exemple du lieu de répit à Marseille ?
Expert 21	oui, mais je ne vois pas bien comment les articuler aux structures existantes - aux CMP? aux urgences psychiatriques quand elles existent ? aux urgences somatiques?
Expert 27	en dehors des urgences générales, la situation est identique pour les urgences gynécologique et obstétricales : beaucoup de plaintes de femmes enceintes pour asthénie, malnutrition, douleurs abdos
Expert 31	Ces lieux d'accueil doivent être au plus près des personnes, et non dans les hôpitaux. Il faut créer un accès au soins de proximité.
Expert 32	Y-at-il vraiment besoin de créer des nouveaux dispositifs? pour les personnes "sectorisables" (plus de 3 mois sur la même adresse) c'est les missions des centres de crises et des CMP Pour les personnes non sectorisables, multiplier des dispositifs tels que le CPOA?
Expert 36	déjà dit?

Proposition 77

Il est recommandé de développer les partenariats et la présence d'équipes de soins somatiques au sein des accueils de jour pour pouvoir repérer, prévenir et traiter les problématiques de santé qui ne relèveraient pas de l'urgence.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.73

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	2	32	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.70	0.00	5.41	5.41	86.49	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Peut-être indiquer, comme exemple de partenariats au sein des accueils de jour, la présence d'organismes tels que Médecins du monde, qui ont une réelle expertise et peuvent constituer de précieuses ressources?
Expert 21	oui, lien entre soins somatiques, CMP et accueils de jour (libéraux et temps médico-soignants dédiés?)
Expert 26	Notre accueil de jour a un centre de santé qui partage les locaux. Cela facilite en effet les prises en charge
Expert 38	certainement en proposant un accompagnement en amont

Il est noté l'impact négatif des fermetures des services d'urgences pour les populations concernées. Les logiques de filiarisation et de « tri » par téléphone ne sont pas adaptées à ces publics. L'absence d'un lieu physique de recours est dommageable pour les personnes concernées, car cela reste souvent leur seul point d'entrée dans le système de soins.

Proposition 78

Il est recommandé d'accepter le fait que les services d'urgences resteront un lieu de recours pour les personnes en grande précarité et d'organiser le parcours en fonction de cette donnée en :

amenant aux urgences les ressources et compétences dont ces personnes ont besoin, en prévoyant en particulier :

la réponse aux besoins primaires (nourriture, mise à l'abri, hygiène) ;
 le soutien des équipes avec des compétences spécialisées en psychiatrie (infirmière d'accueil et d'orientation psychiatrique aux urgences générales par exemple) ;
 l'intervention d'équipes mobiles spécialisées aux urgences, notamment :

permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobile ;
 équipes mobiles psychiatrie précarité ;
 équipes mobiles précarité orientées sur la médecine somatique.

construisant un parcours de soins à partir du passage aux urgences. Une organisation doit être mise en place pour que ces équipes et les services sociaux des hôpitaux puissent orienter les personnes vers des partenaires sociaux et sanitaires (maisons de santé pluridisciplinaires, secteur psychiatrique, services d'addictologie, services sociaux, consultations extra-carcérales...) après un passage aux urgences. Les maisons de santé pluridisciplinaires situées à proximité de l'hôpital, orientées vers les publics précaires ont un intérêt particulier dans ce cadre.

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.42

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	2	2	5	24	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.86	0.00	5.71	5.71	14.29	68.57	2.86

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.94	97.06

Expert	Commentaires
Expert 3	Je pense que le texte comporte un biais de sexisme dans la phrase "Le soutien des équipes avec des compétences spécialisées en psychiatrie (infirmière d'accueil et d'orientation psychiatrique aux urgences générales par exemple)". Le fait de mettre le terme "infirmier" au féminin ne se justifie pas vraiment au niveau de la langue mais constitue plutôt une habitude dans les structures qui renvoie à la féminisation massive du métier. Cependant, un terme neutre ("personnel infirmier", "permanence infirmière") éviterait le biais de genre qui peut être vécu comme une forme de stéréotype.
Expert 8	Les services d'urgence, à part, énoncer que s'il n'y a pas de risques en lien avec les besoins primaires, la prise en charge sera cotée en acte non en bienveillance.
Expert 20	Quelle belle proposition et un changement de paradigme salutaire
Expert 21	Oui, je vois mieux les liens et les articulations par rapport à la proposition 76
Expert 22	Il faut avant tout travailler sur la fluidité du parcours du patient sans pour autant tout centrer sur le service des urgences
Expert 24	insérer : équipe d'addictologie de liaison ELSA et évoquer le dispositif HSA et CAARUD
Expert 32	notamment des consultations de post urgences afin de mieux organiser l'orientation et la prise en charge pas compris la suggestions de l'intervention des équipes mobiles dans les urgences?
Expert 34	Les interventions des EMPP dans les services d'urgence, par expérience, aboutissent presque inévitablement au glissement pour les soignants des services portes que c'est l'EMPP qui suivra au long court la personne et qu'ils vont ainsi pouvoir la remettre à la rue encore plus facilement. Si on parle d' "intervention d'équipes mobiles spécialisées aux urgences" ces services vont demander des interventions urgentes et rapides alors que les équipes mobiles ne sont pas dimensionner pour cela. Par contre affirmer la nécessité d'un véritable travail collaboratif, voir partenarial, afin de débrouiller certaines situations complexes, de faire l'interface avec les travailleurs sociaux ou simplement signaler certaines situations inquiétantes ou se préoccuper si la

	personne est déjà repérer serait une meilleure formulation et pourrait donner un cadre de travail partenarial. Intervention aux urgences risque de devenir une injonction à venir. Ok pour les autres propositions
--	--

Les équipes qui accompagnent les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques

Proposition 79

Il est recommandé de mettre en place :

des réunions d'équipe et entre partenaires pour l'analyse de situations complexes ;
 des espaces de réflexion et d'échanges sur les pratiques, en particulier dans le cadre de démarches d'amélioration de la qualité des soins et des accompagnements ;
 des espace d'analyse de pratiques avec l'intervention de psychologues du travail extérieurs à l'organisation ;
 des démarches de prévention du burnout et de promotion de la qualité de vie au travail en veillant dans un contexte où les professionnels doivent accompagner des situations particulièrement complexes:

à donner à chacun la possibilité d'innover dans le travail, de prendre de décisions au plus près du terrain pour s'adapter à la singularité des situations ;
 à équilibrer la charge de travail ;
 à assurer de bonnes conditions matérielles de fonctionnement (système d'information et de communication, véhicules adaptés...) ;
 à respecter et soutenir les missions des équipes et leur sens, notamment en limitant les demandes de « renfort » sur d'autres secteurs ;
 à assurer la possibilité de transmettre les savoirs, d'accompagner les nouveaux arrivants, et de poursuivre son développement professionnel.

un accompagnement individuel en fonction des besoins.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.44

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	5	2	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.70	2.70	0.00	13.51	5.41	75.68	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.70	97.30

Expert	Commentaires
Expert 3	Je pense que des psychologues cliniciens (psychopathologues) pourraient également être utiles dans l'analyse des pratiques car les problématiques ne relèvent pas toujours de l'organisation du travail. Elles renvoient parfois à la situation psychique elle-même, qui doit pouvoir être "décodée", et ses effets se "parlent" parfois plus facilement avec un clinicien qu'avec un psychologue des organisations.
Expert 9	Intégrer les cellules de "cas complexe"
Expert 22	Ces points sont importants mais ne peuvent se faire au détriment de la relation directe au patient donc ces lieux et temps d'échange doivent être basés sur une méthodologie précise en temps et objectifs à traiter
Expert 24	la psychologue du travail n'a pas vocation à analyser les pratiques , elle n'assure pas la supervision des équipes. elle peut être sollicité pour évaluer les éléments relatifs à une souffrance liée au travail. IL me parait également important de citer dans le dispositif les services de Santé au travail qui oeuvrent dans ce champ
Expert 29	de revaloriser les salaires.
Expert 34	"un accompagnement individuel en fonction des besoins" de quoi parle t-on? il faut préciser.

4. Accompagner les personnes présentant des vulnérabilités spécifiques

Les personnes présentant des vulnérabilités spécifiques : Parmi les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques, certaines peuvent présenter des vulnérabilités particulières. Les facteurs de vulnérabilité spécifiques peuvent être liés à l'âge (jeunes ou au contraire personnes vieillissantes), au genre, à la nationalité et au parcours d'exil, à des comorbidités (somatiques, addictions) ou à des troubles associés (troubles cognitifs). Ces vulnérabilités entraînent : & middot; Des risques de négligence importants. Ces personnes se heurtent souvent à des refus de prise en charge du fait de la complexité de leur situation, les structures se déclarant inadaptées. Les refus de prises en charge sont parfois si courants que les équipes qui accompagnent ces personnes peuvent en venir à ne plus rechercher de solutions dans les services dits « de droit commun » par découragement ; & middot; Des risques d'abus importants, ces personnes étant, de par leurs vulnérabilités, encore plus que les autres confrontées à des risques de violence, voire d'exploitation dans la rue en particulier. Il faut être conscient que construire une relation avec des personnes présentant des vulnérabilités spécifiques peut être plus long et plus complexe. Persévérer pour construire la relation, même si les progrès sont modestes est important.

Proposition 80

Les recommandations énoncées, liées à la posture professionnelle : aller-vers, bienveillance, non jugement sont essentielles ;

Les pairs et l'entourage peuvent jouer un rôle fondamental dans la création du lien de confiance.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.48

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	2	1	3	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	5.56	2.78	8.33	77.78	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	La vulnérabilité liée à l'isolement social est également présente (notamment pour les personnes sortantes de détention et ayant quitté leur département d'origine).
Expert 9	Rajouter le "Etre avec"
Expert 11	Dans de rares cas...
Expert 18	Etudes qualitatives autour des rapports aux soins et attentes des bénéficiaires de l'AME et demandeurs d'asile envers le médecin généraliste. Dégagement d'un "tissu social spécifique" ayant mené les bénéficiaires de l'AME à rencontrer le médecin généraliste. Niveau de preuve très faible donc probablement à ne pas insérer. Jego-Sablier M, Touati S, Vergan S, Thery D, Gentile S, Gentile G. Représentations et expériences des soins premiers chez les migrants bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat. Exercer. juin 2019;(154):244-9 taffin marie, boudet girard arnaud, gentile gaetan, khouani J, Jego-Sablier M. Représentations et attentes autour de la consultation avec le médecin généraliste par les demandeurs d'asile. Exercer. 2022;(182):155-60
Expert 29	ils peuvent mais pas seulement bien heureusement. C'est aussi au professionnel d'être en capacité d'aller vers l'autre et de chercher comment pouvoir tisser du lien, se faire confiance et prendre le temps de le faire. L'entourage chez les très grands exclus n'a pas toujours un rôle facilitateur car eux.elles aussi en difficulté et lorsqu'il y a de la famille, les relations sont souvent coupées ou détériorées.
Expert 38	totalelement d 'accord

Les vulnérabilités liées à l'âge

Les jeunes : Les jeunes en situation de grande précarité ont des taux élevés de troubles de stress post-traumatique, d'anxiété, d'addictions et de psychoses. Ils sont plus à risque de tentatives de suicide.

Ils sont à l'âge où apparaissent les premiers symptômes des troubles psychiatriques, la stigmatisation est encore plus importante que pour les adultes, il faut les aider à comprendre qu'on peut vivre une vie épanouie avec des troubles.

Proposition 81

Ce qui fonctionne :

Prendre en compte la spécificité de cette période de la vie : il s'agit d'un temps d'expérimentation les jeunes ont droit :

à certaines erreurs ou prises de risques nécessaires à leur apprentissage et développement ;
à la protection due à leur âge ;

Quand cela est possible, des interventions précoces, dès les premiers symptômes avec notamment des thérapies familiales intensives et graduées comprenant des interventions thérapeutiques et médicamenteuses, une formation et un soutien des parents sur le lieu de vie ;
Les interventions pensées au travers du prisme des questions de genre et d'orientation sexuelle ;
Les approches globales incluant le logement, l'emploi et la santé mentale avec un accompagnement de type assertive community treatment (ACT) comme le propose le programme un chez-soi d'abord jeunes.

Au regard des prévalences importante des troubles de stress post-traumatique, il est utile d'aborder avec eux la question des violences subies, notamment dans l'enfance.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	3	4	24	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.78	2.78	0.00	8.33	11.11	66.67	8.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.03	96.97

Expert	Commentaires
Expert 2	"Quand cela est possible, des interventions précoces, dès les premiers symptômes avec notamment des thérapies familiales intensives et graduées comprenant des interventions thérapeutiques et médicamenteuses..." = La littérature conseille la prudence dans l'administration de médicaments neuroleptiques lors des premiers épisodes psychotiques (Bola et al., 2006).
Expert 3	La partie "Prendre en compte la spécificité de cette période de la vie : il s'agit d'un temps d'expérimentation les jeunes ont droit : -à certaines erreurs ou prises de risques nécessaires à leur apprentissage et développement ; -à la protection due à leur âge" me semble problématique car elle induirait que les personnes plus âgées n'ont plus le même droit à l'erreur ou à la protection. Je pense qu'il serait plus opportun d'indiquer qu'elles ont droit à une conciliation particulière en raison de leur âge, dans un contexte global de bienveillance qui s'applique à tous.
Expert 8	Il est utile d'aborder la question des violences mais au rythme de la personne. La question de la violence et des abus subies pour une jeune suppose d'être abordé avec un personnel ayant une formation spécifique. Car si cela est mal fait, cela peut faire re surgir les traumatismes et mettre le jeune en difficulté.
Expert 16	Mettre en avant l'intérêt de travailler plus sur la gestion du risque que sur la prévention ?
Expert 19	Idéal sur le papier. Quand les familles sont opposantes, inexistantes, les thérapies familiales sont impossibles à monter
Expert 20	et des intervenants expérimentés et formés sur une population encore plus fragile
Expert 24	manque le volet prise en charge addiction
Expert 29	pas de connaissance sur le public jeune.
Expert 34	Par expériences parmi les nombreux jeunes (16/25 ans) que nous rencontrons aucun n'a de famille et l'idée des thérapies familiales est totalement hors propos

	comme si nous avions mal défini les publics ciblés. Ils sont quasiment tous en rupture de familles maltraitantes ou inexistantes. Les thérapies familiales sont des outils de soins très utilisées pour les enfants de familles de réfugiés ou de migrant.
Expert 36	peu spécifiques à la précarité
Expert 38	les jeunes sont particulièrement touchés avec le covid qui a été défavorable

Les enfants en famille Les études internationales et françaises montrent un lien entre l'état de santé mentale des parents et celui des enfants et un lien entre dépression maternelle et troubles psychiques chez les enfants.

Proposition 82

Ce qui fonctionne :

Les approches globales, prenant en compte les besoins des parents et des enfants :

Soutien thérapeutique et médicamenteux pour les parents ;
Soutien à la parentalité via la psychoéducation et via des aides très concrètes dans le quotidien (aide pour la garde des enfants, pour les transports) ;
Soutien au développement des enfants via la mise en place d'espaces et de temps dédiés (espaces de jeux)

L'école peut être un lieu de repérage des difficultés en santé mentale des enfants, le médecin traitant ou la Protection maternelle et infantile (PMI) également. Il convient de sensibiliser ces acteurs aux vulnérabilités des enfants en situation de grande précarité.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.80

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	3	29	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	8.33	80.56	5.56

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Grande vigilance quant aux nombres de familles mises à l'abri en hôtel à défaut de places d'hébergement, isolées et parfois maintenues pendant de longs mois voire années. Problématiques psychiques de la mère comme des enfants tout à fait invisibilisées.
Expert 5	Sensibiliser comment? Par des notes, des outils, des formations?
Expert 8	intervention d'un pedo psychiatre?
Expert 16	Proposer des temps de répit aux parents ?
Expert 20	Renforcer le rôle des infirmières scolaires et au-delà promouvoir une politique au sein de l'éducation nationale axée sur du dépistage du repérage et sur une prise en charge de grande qualité pour ces enfants .
Expert 34	les thérapies familiales trouveraient plus leur place dans cette proposition.
Expert 36	idem
Expert 38	et de mettre en place un suivi perenne

Les personnes de plus de 50 ans : • La part des personnes sans-domicile de plus de 50 ans est estimée à 23% en 2012 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et est en augmentation. Les personnes vieillissantes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques peuvent présenter des comorbidités nombreuses : déficits cognitifs, maladies chroniques, troubles addictifs, vieillissement précoce pouvant entraîner des situations de perte d'autonomie ou de handicap. Leur situation administrative peut également être complexe. • Les situations les plus complexes sont peu nombreuses, connues, mais souvent critiques. Les dispositifs de coordination devraient être le lieu pour proposer des solutions adaptées (communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Projet territorial de santé mentale (PTSM), dispositifs d'appui à la coordination (DAC)).

Proposition 83

Ce qui fonctionne :

- Le dispositif « un chez-soi d'abord » apporte une réponse pertinente ;
- pour les personnes en situation administrative complexe, les lits d'accueil médicalisés (LAM) peuvent être une solution. Cela implique un développement des conventionnements entre les LAM et la psychiatrie ;
- les personnes devraient pouvoir être accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) peuvent soutenir les établissements accueillant ces publics.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.20

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	0	3	8	21	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.78	0.00	5.56	0.00	8.33	22.22	58.33	2.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.86	97.14

Expert	Commentaires
Expert 3	La phrase sur les LAM me semblent entrer en contradiction avec le décret qui a institué ces structures. En effet, le décret énonce que les LAM "accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures". Ainsi, c'est bien le soin et l'autonomie qui déterminent l'accès aux LAM et "l'utilité sociale" de ces dispositifs, et il apparaît inadéquat de faire de la situation administrative un facteur d'entrée puisqu'elle est précisément déniée dans le décret comme étant une variable à prendre en compte. Par ailleurs, la pratique réelle montre que les usagers en situation sociale complexe peuvent rapidement "emboliser" un service LAM et l'empêcher de répondre à sa mission première, qui est l'accueil des personnes considérées avant tout sur le plan de la santé et de l'autonomie. En effet, les situations administratives complexes engendrent souvent une absence de revenus, ce qui peut mettre la personne en difficulté car les LAM, contrairement aux LHSS, ne sont pas toujours gratuits pour l'utilisateur. Le risque est alors soit de générer de l'endettement, soit de mettre en difficulté financière les opérateurs gérant le dispositif. L'absence de solution d'aval crée alors une situation particulière pouvant empêcher la personne de trouver une solution adaptée (d'autant que les partenaires peuvent être tentés de se désengager puisqu'elle est désormais "à l'abri"). En appui, le texte législatif concernant les LAM.
Expert 4	Développer des places pour "grands précaires" en EHPAD
Expert 5	D'accord sur le principe, mais dans l'état actuel des EMPP on peut pas leur demander d'aller vers les personnes à la rue et aussi toutes les structures d'hébergement des personnes précaires, quand il s'agit d'un hébergement stable et à long terme c'est plutôt au CPM / secteur de faire des VAD auprès de ces publics.
Expert 9	Inclure également les LHSS
Expert 16	Les appartements thérapeutiques, quand ils existent, permettent d'aider des personnes qui ont une expérience des hospitalisations longues à se ré-insérer dans un logement.

Expert 20	Une citation de Molière : << Le chemin est long du projet à la chose>>Malheureusement
Expert 21	D'autres équipes mobiles se développent, notamment des équipes mobiles de réhabilitation avec spécificités: habitat inclusif, EHPAD, foyer de vie, FAM) = EMAS sur Saint Nazaire (projet AMI financement ARS)
Expert 23	Des temps de concertation pluridisciplinaire avec une vigilance des les polypathologies est nécessaire.
Expert 25	Les ACT logements peuvent apporter une réponse temporaire. Pour les populations "âgées", le vieillissement étant précoce dans la grande précarité des alternatives aux EHPADS classiques pourraient être travaillées (mixité des populations difficiles à vivre car moyenne d'entrée en EHPAD aux alentours de 87 ans pour des usagers qui pourtant ont parfois une génération de moins). Place du vieillir à réfléchir.
Expert 29	UCSA : les + de 50 ans ne sont souvent plus en capacités d'habiter réellement seuls et ne couvrent pas tous les critères psy (pour valider l'orientation). Les LAM présentent un format médicalisé qui peut faire peur et est contraignant du fait du médical. Les Ehpads proposent une confrontation avec un public beaucoup plus âgé qui ne correspond pas (même si dépendance équivalente). Il faudrait pouvoir proposer de petites unités avec des studios pour accorder cette intimité et indépendance (avec liberté d'entrer/sortir) mais pouvoir aussi trouver sur place de quoi pouvoir répondre à ses besoins (cantine, présence 24/24, aide à la toilette et à l'entretien).

Les vulnérabilités liées au genre Les femmes La part des femmes reste minoritaire dans les populations en situation de grande précarité, mais :

- La part des femmes avec ou sans enfants est en augmentation. Alors même qu'elles bénéficiaient d'une protection plus importante que les hommes (familiale et institutionnelle), cette protection s'étiolo et le nombre de femmes avec ou sans enfants augmente, y compris à la rue ;
- Les femmes sont plus exposées à la violence ; les prévalences des troubles de stress post-traumatique, des troubles dépressifs et anxieux sont plus élevées que pour les hommes ;
- Les femmes développent des stratégies d'invisibilisation ; elles peuvent préférer se faire hébergées par des tiers contre des services, y compris sexuels, leur part reste donc probablement sous-évaluée.

Proposition 84

Ce qui fonctionne :

Des espaces, des temps et des lieux réservés aux femmes qui leur permettent de se poser. Ces lieux, très investis par les femmes dès lors qu'elles sont « entre elles » soutiennent le rétablissement. Des bénéfices sur la réduction des insomnies et des phénomènes d'hypervigilance et de peur sont constatés. Ils permettent de mettre en place un travail autour de la réduction des risques et des dommages. Cependant certaines femmes souhaitent être en

couple et en famille, il convient de leur trouver des solutions d'accueil également.

Faire des situations de grossesse et de naissance des opportunités pour faciliter l'accès aux soins et aux droits. Précarité et grossesse relèvent de l'urgence médicale. Les interventions soignantes et sociales sont plus intensives dans ces périodes, la mobilisation doit être maximale, notamment via des réseaux spécifiques. Par ailleurs, les autres femmes (elles-mêmes souvent mères), « pair-aidantes » peuvent être soutenantes pendant les périodes de périnatalité ;

Des interventions ciblées :

psychothérapies adaptées pour les femmes en souffrance psychique ;
ateliers autour de l'estime de soi ; la parentalité, des cours de self-défense ;
accès à la santé sexuelle et reproductive prenant en compte la précarité menstruelle ;
interventions de soutien familial, prenant en compte la famille dans sa globalité ;
information, soutien et accompagnement concernant les violences subies ;

Des formations des professionnels aux violences liées au genre et aux approches « sensibles au trauma. ».

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.69

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	5	28	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.86	0.00	2.86	14.29	80.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	"Des espaces, des temps et des lieux réservés aux femmes qui leur permettent de se poser." = proposition : "... permettent de se poser, et de se rencontrer, échanger, etc. ?". Je pense plutôt à des groupes de parole, de soutien.
Expert 3	Il peut aussi être proposé des ateliers de prévention de type addictologie par des actions ciblées (notamment en CAARUD ou en CSAPA).
Expert 4	Développer des accueils de jour spécifiques, permanences des professionnels du social et du médical sur ces lieux d'accueil
Expert 20	Un sujet à part entière, La santé des enfants des femmes et des personnes âgées doivent occuper une part importante dans la construction de la santé du futur
Expert 23	Lutter contre l'isolement des femmes à la rue: Femmes qui, en plus de l'exclusion subie du fait de la précarité, sont souvent volontairement ou involontairement beaucoup plus en retrait des réseaux d'entre-aide / communautaires, que les hommes.
Expert 24	je ne comprends pas les approches sensibles au trauma ? parlez vous d'un PTSD dans ce cas mettre en avant ce point
Expert 27	en période de grossesse et de post partum Stabilisation de l'hébergement du 3ème mois de grossesse au 6ème mois de l'enfant Attention à l'isolement en période de post partum de ces femmes en grande précarité et présentant des troubles psychiques favoriser l'hospitalisation en unité mères enfants si nécessité de soins psychiques même offre de soins limités en absence d'hébergement Améliorer la coordination entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie (trop de personnes dépendant) : développement de la psychiatrie périnatale +++ Suicide 2ème cause de mortalité maternelle en post partum : le rapport ENCMM de 2021 montre un défaut de coordination entre les acteurs de la périnatalité et les psychiatres et le médecin traitant cf rapport Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles L'ENCMM (enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles) est une enquête menée régulièrement par Santé publique France via le CNEMM (Comité national d'experts sur la mortalité maternelle) et mise en œuvre de manière opérationnelle par l'équipe de recherche en épidémiologie Périnatale,

	Obstétricale et Pédiatrique (EPOPé) de l'Unité Inserm U1153. L'ENCMM étudie l'ensemble des décès maternels en France.
Expert 34	on ne peut être que d'accord mais nombre de ces préconisations pourraient aussi s'appliquer aux hommes isolés qui sont un peu les nouveaux oubliés et qui assez fréquemment doivent aller en prison s'ils veulent qu'on s'occupe d'eux...
Expert 38	les violences faite aux femmes laisse dans bon nombres de cas des séquelles qui ont besoin d'un suivi

Les vulnérabilités liées à un cumul de pathologies

Les personnes présentant des pathologies doubles psychiatriques et addictives Les données épidémiologiques internationales mettent en lumière : & middot; Une prévalence importante à la fois des troubles psychiatriques et des troubles liés à l'usage de substances dans les populations en grande précarité ; & middot; Une co-occurrence fréquente du sans-abrisme, des troubles psychiatriques et addictifs ; & middot; Des effets intriqués de ces trois problématiques qui se potentialisent et freinent les chances de sortie de la grande précarité. Cela est concordant avec les données françaises issues de l'enquête Samenta.

Proposition 85

Ce qui fonctionne :

Des approches réduction des risques et des dommages intégrant la dimension psychiatrique ;
Des soins intégrés et articulés entre travail social, psychiatrie et addictologie intervenant sur les lieux de vie des personnes, dont les dispositifs accueil hébergement insertion ;
Le dispositif « un chez-soi d'abord » qui intègre l'approche réduction des risques et des dommages ;
Un accès inconditionnel ouvert et gratuit aux soins ;
La diffusion de l'approche réduction des risques dans tous les lieux de soins, y compris en soins primaires ;
L'accès aux traitements de substitution y compris en milieu rural avec l'appui des professionnels libéraux (médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens) ;
La diffusion des kit overdose, dans le cadre réglementaire défini ;
La mise en place de salles de consommation à moindre risque ;
Le développement et la reconnaissance de programmes d'éducation thérapeutique adaptés à ces publics.
Les pathologies addictives peuvent également être une comorbidité d'un trouble de stress post-traumatique. En ce cas les centres régionaux psychotraumatisme peuvent fournir une réponse adaptée.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.48

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	1	2	2	27	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.78	2.78	2.78	5.56	5.56	75.00	5.56

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.94	97.06

Expert	Commentaires
Expert 1	Stigmatisation encore très importante de ce public y compris par les pouvoirs publics (projet de salle de consommation à moindre risque à l'arrêt suite à une décision des autorités).
Expert 3	Peut-être ajouter également les "kits propres" (stéribox, Etc.) proposés par les CAARUD?
Expert 14	A noter : la terminologie très médico-centrée ("pathologies addictives") alors que "addictions", "troubles ou comportements addictifs"... sont des termes plus neutres et plus en adéquation avec une approche RdRD notamment.
Expert 16	Pourquoi ne pas parler de pathologies somatiques chroniques associées ? Dans cette partie ou dans celle des personnes de + de 50ans ? Surtout qu'il manque des ponts entre prise en charge des soins psychiatriques et somatique (c'est souvent l'un ou l'autre mais rarement les deux en même temps) Page 56 : il manque le "-" à "stress posttraumatique"

Expert 24	je mets 4 pour remettre en forme ce qui fonctionne est péremptoire - modifier la forme les CAARUD , les HSA les deux derniers items sont à mettre à part par exemple ce qui fonctionne ce n'est pas le développement et le reconnaissance de l'ETP mais l'ETP
-----------	---

Les personnes présentant des pathologies psychiatriques et cognitives Il existe une variété importante des troubles et handicaps cognitifs : · Troubles du développement intellectuel ; · Troubles cognitifs liés aux consommations d'alcool, dont Korsakoff ; · Troubles cognitifs liés à des maladies neuro-dégénératives ; · Conséquences de traumatismes crâniens... Les troubles cognitifs font par ailleurs partie du tableau clinique des troubles psychiques : troubles de l'attention, troubles mnésiques, atteintes des fonctions exécutives, atteintes des cognitions sociales...

Proposition 86

Ce qui fonctionne :

- évaluer les troubles cognitifs en utilisant des outils validés (bilan neurologique et neuropsychologique) ;
- former les professionnels à ces troubles et à la manière dont ceux-ci impactent la vie quotidienne ;
- travailler sur des points de repères spatiaux et temporels partagés entre l'ensemble des acteurs et la personne concernée, expliquer, vérifier la compréhension, utiliser des outils de communication adaptée ;
- donner la possibilité aux personnes présentant des troubles cognitifs, notamment des syndromes de Korsakoff de bénéficier d'interventions de réhabilitation psychosociale coordonnées avec de l'hébergement / logement ;
- donner l'accès à des services d'accompagnement du handicap psychique, coordonnés avec de l'hébergement / logement.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	3	3	27	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.78	2.78	0.00	8.33	8.33	75.00	2.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.86	97.14

Expert	Commentaires
Expert 3	La formulation me semble un peu imprécise: 1) "Troubles cognitifs liés aux consommations d'alcool, dont Korsakoff" Comme il existe les syndromes de Korsakoff et les psychoses de Korsakoff, je pense qu'il est important de préciser qu'il est ici question des syndromes. 2) "Troubles cognitifs liés à des maladies neuro-dégénératives" Actuellement, il est plus souvent utilisé l'expression "maladies neuro-évolutives". Je pense que ces RBPP pourraient utiliser ce terme contemporain pour être en concordance avec la littérature scientifique.
Expert 8	Suivi avec neuro psychologue, orthophoniste et ergothérapeute pour l'évaluation et les soins
Expert 24	A préciser dans la reco former au MOCA test https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/montreal-cognitive-assessment-moca organiser un parcours : repérage des TC puis évaluation neuropsychologies puis remédiation s'appuyer sur les SSRA ayant des compétences

Expert 29	Permettre d'accéder à des bilans plus facilement (délais raccourcis) Très difficile de trouver actuellement sur le bassin lyonnais des structures qui peuvent accompagner ce type de pathologie.
Expert 34	"services d'accompagnement du handicap psychique" inclus t-on les ESSAT?
Expert 36	pas de spécification liée au contexte de précarité

Les vulnérabilités liées au parcours de migration & Les personnes sans domicile nées à l'étranger souffrent trois fois moins de troubles psychotiques que les personnes nées en France mais la prévalence des états de stress post-traumatique est six fois supérieure ; & Parmi les migrants, les personnes en demande d'asile semblent encore plus à risque de développer des troubles psychiques.

Proposition 87

Ce qui fonctionne :

Les interventions qui proposent une dimension collective et / ou communautaire participative et culturellement adaptée ;

La diffusion dans tous les dispositifs des approches sensibles au trauma ;

L'orientation vers les centres régionaux psychotraumatisme pour les personnes nécessitant une approche spécialisée;

Des organisations intégrant l'interprétariat professionnel pour traiter de l'ensemble des questions de santé et du social. L'interprétariat peut avoir des coûts importants et pour certaines langues, il existe un manque d'interprètes. Dans ce cas, il convient de s'appuyer sur des dispositifs de :

médiation en santé s'appuyant sur des médiateurs avec une compétence linguistique ;

pair-aidance s'appuyant sur des pairs avec une compétence linguistique ;

de réseaux d'interprètes, notamment par téléphone.

L'interprétariat bénévole peut être utile pour les échanges du quotidien. Il ne peut pas être une réponse pour l'accompagnement social et sanitaire des personnes.

De même, les applications de traduction en ligne sont aujourd'hui essentielles pour les professionnels des équipes mobiles afin de communiquer avec des populations migrantes. Pour autant, ces outils pallient le manque de financements d'interprétariat professionnel. Le numérique apparaît dans ce cas comme une « solution de repli » et non une bonne pratique de prise en charge.

Point de vigilance :

Les trajectoires d'exil et de migration peuvent se poursuivre en France, cela entraîne des ruptures

dans les parcours de soins et d'accompagnement. Il convient d'interroger le parcours de soins et d'accompagnement, faire le lien avec les intervenants précédents afin de ne pas refaire à chaque étape ce qui a déjà été fait par d'autres équipes.

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.42

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	1	1	5	25	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.86	0.00	2.86	2.86	2.86	14.29	71.43	2.86

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.94	97.06

Expert	Commentaires
Expert 1	Les centres régionaux psychotraumatisme n'ont pas la capacité de suivre notre public en situation de migration et les réorientent sur les CMP. Difficulté également pour poursuivre un suivi lorsque les lieux d'hébergements changent souvent (rue puis accueil d'urgence puis orientation dans un CADA éloigné des structures ayant débuté la PEC). Difficulté pour les personnes d'aborder leur histoire avec de nouveaux interlocuteurs malgré les relais

	(importance du lien et de la continuité de la PEC).
Expert 5	Accord total: "les applis de trad sont une solution de repli et trop approximatives pour être utilisées en psy. Par contre "faire le lien avec les intervenants précédents afin de ne pas refaire à chaque étape ce qui a déjà été fait par d'autres équipes" oui, mais là pour le coup on aurait besoin d'outils , de SI, voir d'un NIP provisoire, car personnes en situation de grande précarité = mobilité / errance / mise à l'abri, expulsions, etc. faire le lien avec les intervenants précédents c'est en réalité très compliqué voire impossible sauf quand c'est le patient qui donne les infos pour le faire.
Expert 8	voir
Expert 9	Recommandation de ne pas décorrélér les systèmes de prise en charge des services spécialisés existants; les mettre en lien avec les services experts des CHU
Expert 18	L'interprétariat professionnel a fait la preuve de sa supériorité il me semble et est une recommandation de la HAS de 2017 (Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé). Dans les pays de la Loire, via les URPS, l'accès à l'interprétariat téléphonique est rendu disponible pour tous les médecins libéraux (https://urml-paysdelaloire.org/nos-services/interpretariat-2/). Recommander la mise à disposition de tous les professionnels de santé de l'interprétariat via l'implication d'acteurs territoriaux serait pertinent, afin de ne pas rester sur des applications rustines palliant au manque de financement.
Expert 23	- "S'appuyer sur dispositif: de médiation en santé s'appuyant sur des médiateurs avec une compétence linguistique et compétence transculturelle". - Défendre le "droit au séjour pour raison médicale psychiatrique" pour les patient.e.s qui en relèvent.
Expert 26	Cf le film Le chant des vivants de l'association Limbo
Expert 29	Prévoir des budgets pour l'interprétariat !
Expert 32	cf texte ci-joint
Expert 34	L'accès aux centres régionaux de psychotrauma devrait être possible aux nombreux déboutés du droit d'asile, aux personnes pas encore en règles administratives or ce n'est pas le cas au jour d'aujourd'hui à Lyon. Il faudrait plutôt mettre de favoriser l'accès aux centres régionaux de psychotrauma pour tous les publics
Expert 38	totalement d'accord

Proposition 88

Le cas particulier des mineurs non accompagnés non pris en charge par les services de l'Aide sociale à l'enfance

Les jeunes se déclarant mineurs et privés temporairement ou définitivement de la protection de

leur famille bénéficient de la présomption de minorité jusqu'à ce qu'une décision de justice ayant autorité de chose jugée soit rendue.

Cependant les structures de soins et d'accompagnement pour adulte peuvent rencontrer les situations suivantes :

les jeunes sont primo-arrivants et ne se sont pas présentés auprès des services départementaux de l'enfance en danger :

En dehors des situations de soins urgents, il convient de les orienter vers les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), en les accompagnant si besoin pour s'assurer de la bonne orientation et de la prise en charge par ces services ;

L'évaluation de la minorité est en cours auprès des services de l'aide sociale à l'enfance :

Il incombe aux autorités du département de mettre en place un accueil d'urgence adapté
Comprenant la réalisation d'un bilan de santé ;

Pour les actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention permettant de sauvegarder la santé, le mineur peut se faire accompagner d'une personne de son choix, non détentrice de l'autorité parentale.

Les personnes sont ou ont été admises à l'aide sociale à l'enfance (ASE) :

Si les personnes sont âgées de 16 ans au moins et sont détentrices d'une couverture maladie protection maladie universelle (PUMA), d'une couverture maladie universelle (CMU) ou d'une complémentaire santé solidaire (CSS) , elles disposent d'une autonomie décisionnelle, seul leur consentement est requis ;

Les personnes font l'objet d'un refus d'admission à l'aide sociale à l'enfance (ASE) :

Elles doivent être informées des droits reconnus aux personnes majeures notamment en matière d'hébergement, d'aide médicale, de protection contre la traite des êtres humains, d'asile ou de séjour. Les dispositifs pour adultes peuvent les accueillir ou les accompagner sur présentation de la notification de refus d'admission à l'aide sociale à l'enfance ;

Elles doivent être informées que des démarches effectuées par les services de l'ASE, notamment concernant leur santé : résultat du bilan, demande d'AME...

Elles peuvent bénéficier des services de droit commun proposant une réponse aux besoins urgents (repas, vestiaires, information juridique...) ;

Il est néanmoins recommandé que pour les actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention permettant de sauvegarder la santé, la personne se fasse accompagner d'une personne de son choix ;

Le principe de présomption de minorité demeure et les personnes peuvent saisir le juge des enfants pour une nouvelle demande de protection. Les dispositifs pour adultes peuvent les accompagner en ce sens ;

Elles peuvent saisir tribunal administratif en référé pour demander des mesures provisoires dans l'attente de la décision du juge pour enfants ;

Elles peuvent saisir le comité des droits de l'enfant des Nations unies qui peut ordonner la mise en place de mesures provisoires

Les personnes n'ont pas été reconnues mineures par le juge des enfants :

L'autorité de la chose jugée implique de reconnaître la personne majeure et de l'accompagner en tant que telle.

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.50

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	2	1	19	11

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.86	2.86	5.71	2.86	54.29	31.43

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Situation compliquée pour les jeunes n'ayant pas été reconnus mineurs. Sont parfois sortis des foyers d'urgence du jour au lendemain sans autre solution d'hébergement. Difficulté dans le statut des jeunes en procédure de recours, en particulier lorsque la procédure dure.
Expert 16	Page 58 : enlever la majuscule à "Comprenant" le sigle AME n'est pas explicité contrairement aux autres.
Expert 20	Par manque de compétences sur le sujet
Expert 34	aucune compétence ni expérience avec ce public.
Expert 38	sujet très complexe avec des situations diverses

5. Construire une réponse publique coordonnée

5.1. Apporter une réponse publique à la hauteur des besoins

L'organisation du système de santé et les réponses spécifiques pour les personnes en situation de grande précarité font intervenir un grand nombre d'administrations (Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DILP), etc.) et sont mises en œuvre sur les territoires d'une part par les Agences Régionales de Santé (ARS) et d'autre part par les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) et les Directions de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DEETS). L'articulation entre les services de soins, dont les services de soins psychiatriques et les services sociaux reste difficile, les systèmes fonctionnant encore trop régulièrement en silos. La fragmentation du système entrave l'action des professionnels et est source de souffrance psychique pour les personnes en situation de grande précarité qui ne parviennent pas à accéder à des solutions répondant à leurs besoins. Lorsque des dispositifs innovants intégrant une approche globale sont mis en œuvre, ils s'appuient sur une pluralité de financements souvent non pérennes. Une meilleure intégration des politiques publiques est nécessaire pour garantir une réponse adaptée aux personnes en grande précarité présentant des troubles psychiques.

Proposition 89

Il est recommandé d'évaluer nationalement et localement les besoins sociaux et en santé mentale des personnes en situation de grande précarité pour apporter des réponses coordonnées et en nombre suffisant.

À l'échelon territorial l'évaluation pourra s'appuyer sur les travaux menés lors de l'écriture des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Les réponses aux besoins identifiés s'organiseront au niveau des bassins de vie des personnes et proposeront une coordination entre les territoires pour prendre en compte la mobilité de certaines personnes (notamment les personnes migrantes et les personnes en campements, régulièrement menacées d'expulsions).

Les élus locaux ont un rôle majeur dans ce cadre.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	2	7	22	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	0.00	5.56	19.44	61.11	8.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	1) Dans l'introduction, la phrase "L'articulation entre les services de soins, dont les services de soins psychiatriques et les services sociaux reste difficile" pourrait à mon sens être complétée de cette manière: "L'articulation entre les services de soins, dont les services de soins psychiatriques et les services sociaux et médico-sociaux reste difficile"
Expert 15	cette partie aurait pu être la partie 1
Expert 16	Dans le préambule, ne serait-il pertinent de cité aussi les conseils départementaux (ou plus largement les collectivités locales) ?
Expert 19	Accord mais oubli du rôle des ONG. Par ex Le rapport l'observatoire (France) de Médecins du Monde
Expert 27	les élus ont un rôle une fois qu'ils sont au courant de la situation : les acteurs de terrain doivent faire remonter les dysfonctionnement et les besoins
Expert 29	j'ai du mal à me représenter si cela s'appuiera réellement sur les constats de terrain.
Expert 34	Pas d'avis spécifique
Expert 38	il faut un accompagnant qui est difficile à repérer

Les besoins sociaux doivent comprendre les besoins en termes de logement et hébergement.

Proposition 90

Il est recommandé aux pouvoirs publics de développer une offre de logements accessibles y compris financièrement et adaptés, suffisante pour répondre aux besoins et de prioriser les personnes sans logement dans l'accès à ces logements.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.70

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	1	4	30	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	2.78	0.00	0.00	2.78	11.11	83.33	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 3	Je pense qu'ajouter un nouveau public prioritaire risque de fragiliser encore davantage le droit opposable au logement. En effet, il y a beaucoup de publics prioritaires et, si tout le monde l'est, plus personne ne l'est vraiment. Peut-être davantage prioriser ces personnes dans l'aide à l'accès au logement (par les dispositifs existants ou par des spécifiques) plutôt que dans l'accès lui-même, qui est quoi qu'il en soit difficile car la priorité d'accès ne crée pas le parc immobilier?
Expert 11	...pour enfin faire sortir de nombreuses personnes des CHRS (nombre de personnes y vivent depuis des années)
Expert 20	c'est une difficulté rencontrée très fréquemment pour laquelle la sollicitation d'élus locaux n'a apporté dans ma pratique que très peu de résultats...
Expert 23	Les vulnérabilités spécifiques rencontrées parmi les populations précaires doivent être prise en compte dans le développement des structures d'hébergement (troubles cognitifs, consommations de substances etc). Au risque sinon de ne pas permettre la pérennité des hébergements.
Expert 38	totalemment d'accord

Proposition 91

Il est recommandé aux pouvoirs publics de développer une offre d'hébergement respectueuse du droit à la dignité et à l'intimité des personnes dont la situation administrative ne permet pas un accès

immédiat au logement.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.87

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	3	34	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	7.89	89.47	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Insuffisance du nombre de place d'hébergement. Qualité d'hébergement à améliorer (anciens bâtiments administratifs reconvertis en foyers d'urgence qui sont des passoires thermiques avec douches installées à l'extérieur dans des préfabriqués par exemple...) CADA parfois très reculés, limitant l'accès aux soins dans les structures spécialisées en attendant l'AME ou aux accueils de jour ou au lieu de domiciliation.
Expert 2	Et de lutter contre l'exploitation financière (marchands de sommeil) des habitats

	indignes ?
Expert 29	Ne plus prévoir des constructions ou réaménagement avec des chambres partagées (réellement seul.e) si chambre individuelle, cela ne devrait plus limiter les orientations et les critères de sélection. ¿Pouvoir lancer une enquête sur les freins à l'orientation : pourquoi êtes-vous dehors, qu'est-ce qui bloque l'orientation en hébergement. Arrêter d'infantiliser (règlement très contraignant) les personnes sous prétexte qu'elles n'ont pas lieu de vie.
Expert 37	Que la nature des hébergements ne soit pas un frein à l'accès
Expert 38	c'est évident

Proposition 92

Il est recommandé de développer une offre de soin en santé mentale appuyée sur la psychiatrie (publique, privée et associative) et intégrant les acteurs des soins primaires, suffisante et accessible pour les personnes en situation de grande précarité.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.74

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	3	4	31	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7.89	10.53	81.58	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Définition de la "psychiatrie associative"?
Expert 8	par la création de services spécialisés???
Expert 10	Il est important de joindre également le champ de l'addictologie à la psychiatrie. Les prises en charge hospitalières et ambulatoires de la psychiatrie se sentent mal formés et peu étayés. Le champ de l'addictologie se sentant parfois aussi démunie avec un public ayant de gros troubles psychiques.
Expert 21	Oui, même commentaire que proposition 26
Expert 38	oui

Proposition 93

Il est recommandé aux pouvoirs publics d'assurer une pérennité des réponses pour qu'une organisation et un accompagnement sur le long terme puissent être proposés. Cela implique des financements pérennes pour les dispositifs proposant un accompagnement sanitaire et social intégré dont :

les réseaux de coordination des acteurs ;
 les dispositifs intégrant logement ou hébergement, accompagnement et soins psychiques ;
 les équipes mobiles psychiatrie intervenant dans le logement ;
 les équipes mobiles santé somatique (ESSIP, EMSP) ;
 les dispositifs de soutien aux équipes ;
 la médiation en santé ;
 la pair-aidance ;
 .../...

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.92

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	3	33	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7.89	86.84	5.26

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Ainsi que les services médico-sociaux, qui sont également des opérateurs de premier plan dans ces situations.
Expert 21	Oui, exemple de Silapsy à Saint-Nazaire (accompagnement vers le logement individuel porté par 3 institutions: hôpital, association, bailleur social). Montage financier compliqué.
Expert 38	le financement est un sujet important

Proposition 94

Il est recommandé d'organiser les réponses pour permettre l'accompagnement global des personnes, leur éviter les ruptures de droits et les ruptures de soins. Notamment :

- La simplification administrative, souhaitable pour tous, est indispensable pour permettre un véritable accès aux droits des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques. L'automatisation de l'accès aux prestations devrait être généralisée en ne justifiant de sa situation qu'une fois pour l'accès à l'ensemble des prestations.
- En cas de changement de situation, le versement d'une prestation ne devrait être suspendu que lorsque la nouvelle prestation est effectivement perçue par la personne. Les indus et rappels liés à

ce changement de situation devraient être traités entre les administrations.

- Les personnes itinérantes devraient pouvoir bénéficier de leurs droits, dès lors qu'ils sont ouverts sans refaire l'ensemble des demandes lorsqu'elles ont amenées à se déplacer.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.79

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	2	33	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	0.00	2.63	5.26	86.84	2.63

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Ce point est complexe et je le pense assez irréaliste. Par exemple, la phrase "Les personnes itinérantes devraient pouvoir bénéficier de leurs droits, dès lors qu'ils sont ouverts sans refaire l'ensemble des demandes lorsqu'elles ont amenées à se déplacer." me semble difficile à mettre en oeuvre au-delà des mots.

	Par exemple, une proportion non négligeable de personnes en situation de grande précarité a connu un parcours comportant des incarcérations. Or, c'est l'Oise qui traite certaines dimensions de leur accès aux droits. La complexité est donc réelle et presque "mécanique" lors de leur sortie. Il y a aussi la problématique des domiciles de secours, qui déterminent la MDPH de rattachement. Peut-être indiquer plutôt que les personnes itinérantes devraient avoir accès en priorité à des guichets ou des services dédiés pour leur faciliter les démarches?
Expert 16	Intéressant mais hyper ambitieux ;-)
Expert 17	il semble nécessaire aussi de s'interroger de l'accès aux droits des personnes sortant d'incarcération.
Expert 34	pas de compétence dans ce domaine

5.2. Coordonner les acteurs au niveau national et sur un territoire

Les acteurs de l'accompagnement social et les acteurs du soin ne sont pas les mêmes, leurs objectifs et leur temporalité peuvent varier. L'articulation sur le terrain reste difficile. Des dispositifs de coordination et d'accompagnement des cas complexes existent dans le secteur sanitaire, dans le secteur social et dans le secteur médico-social mais ne sont pas coordonnés entre eux.

Proposition 95

Il est recommandé aux pouvoirs publics, au niveau national et au niveau territorial d'articuler les politiques de santé, dont la santé mentale, avec les politiques de lutte contre la précarité pour permettre une réponse coordonnée aux besoins d'accompagnement des personnes. Notamment :

- Il est recommandé d'organiser les articulations entre le secteur Accueil, Hébergement, Insertion (AHI) et les structures de soins pour les personnes sans domicile (Lits halte soins santé (LHSS) ; lits d'accueil médicalisés (LAM), Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)), dont certaines sont spécialisées pour l'accueil de personnes présentant des troubles psychiques ;
- Il est recommandé d'organiser les articulations entre le secteur AHI, le secteur de l'addictologie, le secteur de la santé mentale et les soins primaires.

Cela implique d'inscrire la coordination institutionnelle dans les missions des services décentralisés de l'Etat (ARS et DRETS/DEETS) et de mettre en place un pilotage lisible et articulé.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.64

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	2	3	31	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	2.63	5.26	7.89	81.58	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Je propose que la phrase suivante "Les acteurs de l'accompagnement social et les acteurs du soin ne sont pas les mêmes, leurs objectifs et leur temporalité peuvent varier. L'articulation sur le terrain reste difficile. Des dispositifs de coordination et d'accompagnement des cas complexes existent dans le secteur sanitaire, dans le secteur social et dans le secteur médico-social mais ne sont pas coordonnés entre eux." soit complétée ainsi: "Les acteurs de l'accompagnement social et médico-social, et les acteurs du soin ne sont pas les mêmes [...]"
Expert 16	Peut-on aussi souligner la nécessité de s'articuler avec les conseils départementaux, acteurs de la décentralisation du pouvoir de l'état, et porteur des plans départementaux pour l'insertion (PDI) et des plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD)
Expert 21	Oui, la plupart des découpages étant administratifs et conceptuels (et non scientifiques), les mêmes profils de personnes avec troubles psychiques se

	retrouvant dans l'un des secteurs sans pouvoir bénéficier des soins et accompagnement de l'autre.
Expert 34	La coordination est sûrement souhaitable mais ne doit pas être du temps pris sur les actions de terrain

Proposition 96

Il est recommandé aux services déconcentrés de l'Etat et aux élus locaux d'organiser et de soutenir les articulations entre les services et instances de coopération et de concertation existants dans les secteurs sanitaire, social et médico-social (communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO), Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)...), Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM) pour proposer une réponse globale aux personnes présentant des besoins complexes.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.80

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	1	32	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	2.63	0.00	2.63	2.63	84.21	7.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 16	Peut-on rajouter les contrats locaux de santé (CLS) et les services liés à la politique de la ville ?
Expert 21	Oui merci la simplification administrative pour les personnes accompagnées et les professionnels.
Expert 36	que sont les services deconcentrés de l'etat?

Les exemples et illustrations du document

Liste des exemples et illustrations (cf document joint) : · Le développement de l'aller-vers par les administrations p.14 · Le regroupement de différents services sur un même p.14 · Les permanences d'accès aux soins de santé p.17 · Les équipes de soins primaires tournés vers les publics précaires p.18 · Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) p.22 · Un exemple de dispositif « Santé Habitat » p.23 · Modèles d'approches par le logement p.30 · Un exemple d'« espace psychosocial » en direction des publics migrants p.33 · « Aller vers » les personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques en Guyane française p.34 · Accompagner les transitions : un exemple de partenariat bailleur social/acteurs sociaux/psychiatrie : le dispositif S. p.42 · La politique de lutte contre le sans-abrisme en Finlande : une politique intégrée, portée par l'État et contractualisée au niveau des territoires p.60

Proposition 97

Les exemples et illustrations facilitent-ils l'appropriation des recommandations ? Sont-ils pertinents ? en nombre suffisant... ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.06

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	36	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	94.74	5.26

Expert	Commentaires
Expert 2	Certains exemples sont un peu longs : « Aller vers » les personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques en Guyane française p.34 ; Un exemple de dispositif « Santé Habitat » p.23. Quand les exemples ont été trop longs, j'ai eu tendance à "décrocher" du lien avec les RBPP.
Expert 3	Page 18: à l'expression "les équipes de soins primaires tournés vers les publics précaires", je pense qu'il serait plus adapté de substituer l'expression "les équipes de soins primaires tournés vers les publics en situation de précarité", afin de ne pas essentialiser ces populations. Les illustrations sont très aidantes pour permettre un regard concret sur les recommandations, et apportent vraiment un intérêt.
Expert 4	Très pertinents, pourraient être enrichis par des expérimentations de type habitats alternatifs pour grands précaires ? (à l'exemple du Dispositif PARCOURS à Bordeaux, de l'association du PRADO ?)
Expert 10	p 18: chapitre 3112: faciliter en explicitant les sigles comme TSPT. Argument incompris: parmi ceux qui ont des troubles psychiques, 73,6 à 87% de victimisation vie entière à partir de 6 articles
Expert 15	un exemple d'intégration de pairaidance dans une équipe aurait pu être intéressante
Expert 18	Etayent pour aller plus loin. Mais à adapter dans des textes plus courts pour chaque type de professionnel et qu'il ait une information centrée sur les actions à mener, avec un étayage centré sur les enjeux de sa profession pour simplifier le message, au risque de ne pas être lu.
Expert 19	Parfois un peu long à lire pour des "encadrés" mais clairs
Expert 20	Les exemples choisis sont pertinents et nous montrent que nous pouvons nous et devons nous appuyer sur ce qui marche et non pas chercher l'innovation à tout prix.
Expert 26	Santé Habitat : un peu long Guyane : un peu long Dispositif S

	Ces trois présentations gagneraient à être synthétisées en indiquant ce qu'ils font de manière plus synthétique
Expert 30	ils illustrent mais ils pourraient être complété par d'autres exemples / expériences sans description à découvrir
Expert 31	L'exemple aller-vers de la Guyanne me semble un cas à part par le territoire. N'y a t'il pas d'autre exemple de missions aller-vers même simplement de prévention en métropole pour que les personnes lisant la recommandation s'identifie plus à l'exemple. Tout en gardant également l'exemple de la Guyane qui est exceptionnel dans son concept.
Expert 32	Je me permets d'ajouter un texte sur la "Consultation et accompagnement psychiatrique et social des migrants en situation de précarité en Ile de France" CAPSYS, financé par l'ARS IDF en mars 2021.
Expert 33	Les exemples sont parfois excellents (Y-Foundation par exemple.)
Expert 34	Oui les exemples donnent des représentations plus précise des dispositifs. Pour les EMPP p22 c'est un peu court par rapport à d'autres exemples et aux vues de tout ce qu'on attend d'elles. Tout le travail de maraudes avec le Samu social, les nombreuses consultations (et suivis) dans tous les lieux de l'urgence social (CHU, CHRS, accueil de jour, foyers...), le travail d'orientation vers le chez soi d'abord n'apparaissent pas, tout comme la coordination des nouveaux psychologues qui vont être détachés dans ces structures. Pour "santé habitat" p23, étant le responsable de l'EMPP intervenant dans la structure citée la réalité du côté EMPP est tout autre: nous n'avons pas été associé au projet, l'EMPP continue à suivre les patients qui ne "relèvent pas du secteur" et il n'y a aucune passerelle ou facilitation pour hospitaliser les patients que nous suivons. Les résultats développés dans l'exemple sont une découverte pour moi. Par contre le dispositif semble bien fonctionner dans le sens hôpital vers CHRS. Au delà de ce vécu très subjectif, le montage, c'est à dire la présence du secteur psychiatrique au sein d'un CHRS est très intéressante mais devrait permettre à l'EMPP de se retirer de la structure et c'est l'inverse, voir même cela ajoute un temps de coordination...
Expert 35	Oui cela me semble assez détaillé.
Expert 36	trop longs, ne vont pas à l'essentiel, alourdissent les reco faire des petits encadrés seraient, à mon sens plus pertinent

Questions générales sur l'ensemble des documents

Proposition 98

Ces recommandations ont été rédigées par un groupe de travail composé de professionnels et de personnes concernées après avoir pris connaissance des données bibliographiques disponibles, synthétisées par un chargé de projet dans le document intitulé « argumentaire ». En effet le chargé de projet, au cours d'une phase dite de revue systématique et de synthèse de la littérature,

rédige un argumentaire dans lequel sont réalisées une analyse critique et une synthèse de la littérature retenue (après une recherche bibliographique systématique afin d'identifier et de sélectionner les références conformes aux critères de sélection préétablis).

Avez-vous des commentaires concernant le document intitulé « argumentaire scientifique » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.64

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	14	24

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	36.84	63.16

Expert	Commentaires
Expert 2	J'ai trouvé ce document extrêmement riche et éclairant, d'une grande qualité scientifique, rédactionnelle, et théorique, en lien avec les enjeux politiques liés à ces questions.
Expert 4	Difficile d'accès pour des non scientifiques, mais nécessaire
Expert 9	Adapter le vocabulaire en préambule pour qu'il ne soit pas limité aux vocabulaires sanitaires (patients, professionnels de santé et praticiens): p2 argumentaire
Expert 10	Mieux retravailler le document jusqu'à la page 25, formulation, organisation des arguments Le texte est intéressant mais la formulation ainsi que l'orthographe est à reprendre jusqu'à la page 25. Il existe une reprise de la documentation, parfois les arguments sont mis les uns derrières les autres sans lien, particulièrement le chapitre Expériences des personnes concernées.

Expert 14	P. 65 : "L'objectif d'abstinence est en théorie plus sûr que la réduction des consommations pour les personnes qui ont des troubles psychiques sévères, car ils sont plus sensibles aux effets biologiques des substances, et que celles-ci exacerbent, même à faible dose, les symptômes et leurs conséquences. Mais en pratique, les personnes avec des doubles diagnostics semblent avoir plus de difficulté à atteindre l'abstinence. De ce fait, la réduction des risques apparaît comme généralement plus adaptée." Gros amalgame et confusion à plusieurs niveaux il me semble : - La "réduction des risques" n'équivaut absolument pas à "réduction des consommations" : c'est une approche bien plus globale (éthique et scientifique). - La consommation de substance psychoactive n'est pas une problématique en soi ; bien souvent, elle est une ressource, qui plus est chez les personnes sans-abris. - Si certains produits psychoactifs ou certains niveaux de consommation peuvent exacerber des symptômes, d'autres peuvent les atténuer. Dans les cas où l'usage devient problématique, il convient d'en identifier les raisons précises avec la personne : question de substance ? de dosage ? de pratique ?... - La sensibilité au produit dépend de nombreux facteurs qui ne sauraient être réduits aux troubles psychiques sévères. - Dans de nombreux cas (en particulier chez les personnes sans abri), le sevrage s'avère violent (sur les plans psychologique et somatique) et les rechutes amènent à des niveaux de consommation bien plus élevés qu'à l'origine. Pour toutes ces raisons, la RdRD apparaît comme l'approche la plus favorable, d'autant qu'elle n'exclut en rien la perspective potentielle d'abstinence.
Expert 15	introduction de la prise en compte du traumatisme et de ses effets intégrer des données issues du vécu des personnes concernées, type témoignage référence à la citoyenneté intéressante approche de la notion de rétablissement, du case management, érgothérapie, approche capacitaire dont les notions sont peu réintroduites dans les RBPP la question de l'orientation sexuelle est peu traitée dans les RBPP alors qu'abordé dans l'argumentaire
Expert 19	On sait bien que les définitions de précarité, de logement sont difficiles à cerner. Je souscris à la méthode et les références prises en compte. C'est sur la définitions des troubles psychiques que je suis plus réservé. En effet, la dimension "dépression" est très fréquentes. Jusqu'où, dans les définitions standardisées convient-il de la considérer comme trouble psychiques alors qu'elle est d'une certaine manière "normale" vu des difficultés dans lesquelles sont immergées, parfois sans perspectives de sorties. ? C'est particulièrement vraie pour les populations de détenues. Dont il est par ailleurs peu parlé dans le rapport, notamment pour les sortants de prison.
Expert 20	Document très bien documenté avec des sources et des références très complètes
Expert 26	BEau travail de recherche et de synth-se

Expert 32	Des commentaires, des suggestions et des références pour les items 8.1 et 8.5 concernant les populations migrantes sont dans le texte ci-joint
Expert 33	Argumentaire solide, disons tirant le maximum des études, cependant trop peu d'études françaises, avec comme conséquence des conclusions qui pourraient être hatives
Expert 34	Il est organisé à partir d'une revue de la littérature actuelle mais donne l'impression de balayer d'un revers de main des notions encore très présentes auprès d'acteurs du soins et du social comme la désaffiliation ou l'auto exclusion. Et cela pourrait nuire à l'adhésion aux recommandations.
Expert 36	tres complet et utile
Expert 37	Un commentaire: En page 10 : Il est écrit « une approche en termes de réductions des risques et des dommages » mais nous sommes sur l'approche basée sur la réduction des risques, surtout dans le contexte de la grande précarité. La terminologie des acteurs de la RdR est importante, elle revêt des approches différentes. L'approche propre à la réduction des risques « historique » est celle qui s'adapte le mieux à la situation des personnes en situation de précarité. Il est important de former les acteurs du champ de la santé mentale à cette approche. La réduction des dommages concerne, en général, la réduction des conséquences directes de l'usage des substances. Les risques sont ceux qui entourent et touchent la personne utilisatrice de drogues (bien sûr les effets de la drogue, le mode d'utilisation mais aussi les risques liés au logement, à la précarité, la politique des drogues, à l'entourage, etc.). p.65 : « Les interventions en addictologie se répartissent selon deux grands types d'approches : d'une part l'approche par la réduction des risques et des dommages, et d'autre part l'approche encourageant l'abstinence. La pertinence et la désirabilité de ces approches sont parfois questionnées, et il existe une tension entre les concepts et leurs sous-bassements théoriques. Des interventions issues des deux approches ont cependant montré leur efficacité : » Les approches basées sur l'abstinence sont aujourd'hui beaucoup questionnées, dans le contexte des troubles de l'usage d'opioïdes, d'alcool voire des stimulants (cf tous les articles qui concernent les traitements agonistes). Les argumentaires présentés semblent ne pas refléter l'état de la littérature surtout en ne citant que deux contextes qui sont très spécifiques (salles de consommation et case-management pour les personnes qui consomment du crack). De plus la réduction des risques n'a jamais exclu l'abstinence, c'est simplement que ce n'est pas l'approche qui sera proposée à la personne d'emblée puisque la RdR part des besoins de la personne. Dans la grande précarité l'abstinence est souvent un des objectifs le moins prioritaire.

Attention, les rechutes et les risques d'overdoses sont beaucoup plus importants dans le contexte de patients psychiatriques et surviennent beaucoup plus fréquemment dans des approches d'abstinence (cf contexte US).

Je reformulerais cette partie car elle ne prend pas en compte les évolutions.

Les approches aujourd'hui pertinentes sont celles qui proposent une prise en charge psychiatrique en lien avec les approches de RdR : permettre à des psychiatres de prendre en charge des personnes aux conduites addictives là où les personnes se trouvent (CAARUD etc) et favoriser au sein de l'institution psychiatrique des formations à la RdR.

Proposition 99

Les recommandations correspondent aux informations analysées ? (Si non, merci de proposer des formulations plus adaptées)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.06

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	36	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	94.74	5.26

Expert	Commentaires
Expert 32	Dans l'ensemble oui, Une exception: bien que développé dans plusieurs chapitres, il manque à mon avis, dans le chapitre 3.2.3, une recommandation concernant l'importance d'interventions globales, ayant comme objectif des actions sur tous les facteurs

	ayant un impact sur la santé mentale: soins psychiatriques/psychologiques, accès aux droits et logement, au bien être et à l'intégration propositions faites pour les recommandations 27 et 87
Expert 34	Les difficultés rencontrés avec les secteurs psychiatriques sont éludés.

Proposition 100

La présentation des recommandations est claire et adaptée aux destinataires ? Explicitez

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 1

Médiane : 1

Moyenne : 1.00

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	38	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	100.00	0.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Le fait d'entrer dans le recommandations par le prisme de l'éthique et des postures est très pertinent car c'est à la fois le noeud d'un grand nombre de problèmes, et la matériel indépassable de toute relation humaine, qui plus est une relation de services / de soin. Le rappel fréquent et argumenté aux orientations du rétablissement, et du soutien des capacités de la personne permet de garder cet objectif en tête tout au long du document. Les RBPP s'appuient sur des exemples clairs et concrets.
Expert 3	Le déroulé des recommandations permet de glisser du général au particulier, dans

	une logique claire permettant de bien appréhender les différentes dimensions abordées. Le langage est accessible à tous les professionnels, experts ou non de la santé mentale, ce qui permet d'en faire lecture et commentaire collectif lors de réunion d'équipe ou de moments de partage entre professionnels. C'est une force pour ce type de document, qui peut être vécu, dans le cas d'un jargon ou d'un langage de spécialité, comme inaccessible (intimidation, aspect rébarbatif, Etc.).
Expert 8	Parfois, elles sont assez denses , parfois assez réductrices
Expert 11	Elles sont synthétiques et vont à l'essentiel, claires.
Expert 13	Selon moi, les recommandations sont ambitieuses mais claires et adaptées. Elles peuvent toutefois mettre les équipes en souffrance car les soignants et travailleurs sociaux ne sont pas toujours bien formés pour prendre le temps nécessaire à ce type d'accompagnements. Les résultats partiels et/ou graduels sont parfois vécus comme des échecs. La persistance des symptômes est parfois perçue comme de la mauvaise volonté ou même une forme d'"agression" ou d'opposition des personnes accompagnées. Il faudra être extrêmement vigilant pour faire cohabiter ces recommandations et les préceptes de la qualité de vie au travail.
Expert 15	les recommandations sont claires, il manque des propositions sur le comment faire au sein des services, et les moyens qui devraient pouvoir être sollicités. elles donnent à bien comprendre la posture des professionnels et permettent d'y réfléchir en équipe. des éléments pour construire des environnements capacitants auraient pu être ajouté, en faisant des liens avec la loi 2002.2 et ses outils. si les acteurs doivent pouvoir travailler leur posture, ce sont aussi les décideurs locaux et l'organisation des politiques publiques locales qui doivent pouvoir soutenir les approches des acteurs
Expert 16	C'est parfois répétitif mais, si on considère que les recommandations puissent être lues en diagonales en ne s'intéressant qu'à certaines parties, c'est nécessaire.
Expert 18	Si le destinataire est un décideur ou une institution. Cependant je suis plus nuancée pour les destinataires professionnels de terrain : ces recommandations sont très longues, et détaillent des points de théorie et sociologie, très intéressants, mais peut être trop longs pour les acteurs de terrain. Pour que les acteurs de terrain se les approprient pour leur pratique courante, il me semble nécessaire de décliner des fiches reco adaptées pour chaque type d'acteur.
Expert 21	Oui, personnellement je retrouve à travers ces recommandations toutes les problématiques rencontrées sur le terrain quand au sujet, enfin des propositions / recommandations adaptées et argumentées.
Expert 26	Le plan est clair et bien construit. La présentation est complète.
Expert 32	Dans l'ensemble le texte est très bien structuré et les propositions sont claires
Expert 33	la présentation des recommandations est claire et logique. petite coquille page 9 "La littérature scientifique met en lumière l'intérêt de d'un..."
Expert 34	Oui du côté des partenaires du social.

	Du côté du sanitaire à force de parler de rétablissement et d'éviter de nommer les pathologies mentales ou les troubles du comportement, je crains que les soignants ne se sentent que peu concernés par ces recommandations.
Expert 35	Oui cela me semble assez claire et adaptée aux destinataires.

Proposition 101

Avez-vous des commentaires généraux à faire sur le texte des recommandations ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.74

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	10	28

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	26.32	73.68

Expert	Commentaires
Expert 3	Je pense que le médico-social est un peu sous-représenté. Les mentions "secteur sanitaire et secteur social" sont omniprésentes, alors que le secteur médico-social, qui ne résume pas à leur imbrication, semble parfois un peu anecdotique. C'est pour cette raison que j'ai proposé à plusieurs reprises de l'ajouter, là où il me semblait un peu manquer. Ceci étant, c'est un texte clair, intéressant et surtout sans concession au niveau de ce que vivent les personnes en situation de grande précarité (refus de soin, maltraitance, violence institutionnelle). Je trouve ça particulièrement précieux et

	important car il s'agit aussi de porter la parole des "invisibles", souvent malmenés actuellement dans les institutions de tous les secteurs. C'est un texte très attendu et qui ne pourra qu'aider toutes les personnes, de celles qui sont accompagnées ou accueillies à celles qui exercent leur activité professionnelle auprès d'elles.
Expert 4	Insister sur le besoin de prendre en compte d'un point de vue institutionnel et politique ces recommandations pour en permettre une mise en oeuvre opérationnelle au plus près des personnes (attentes des financeurs, temporalité et souplesse des dispositifs ...)
Expert 12	je suis en "accord total" avec la plupart de vos propositions. Je travaille actuellement à Parcours d'exil où nous prenons en charge des exilés souffrant de psychotraumatismes, dont beaucoup vivent dans une grande précarité. De plus pendant le Covid, j'étais médecin au pôle médico-social de l'hôpital de Nanterre. Nous avons essayé de mettre en place avec la cheffe de pôle une bonne partie des éléments recommandés ici. Nous avons au sein de l'antenne médicale du CHAPSA recruté une assistante sociale et deux psychologues, formées au TSPT. Le confinement, en stabilisant les usagers dans cette structure (qui fonctionne habituellement à la nuitée) a aidé à organiser un meilleur accès et suivi aux soins. Cependant, cela est très difficile de financer ce genre d'avancées et de développement, car malheureusement l'accès aux soins, et particulièrement en santé mentale pour ces publics très précaires, n'était pas du tout une priorité pour cet hôpital, pourtant les besoins sont là. Ne serait-ce qu'organiser un accueil digne de ce nom (à haut seuil d'inclusion), travailler dans des locaux corrects, avec suffisamment de personnel, fut impossible. Donc je me sens très en phase avec ces recommandations, mais très pessimiste quand à leur application, sauf si elles ont vocation à contraindre les administrations à tout mettre en oeuvre pour les financer.
Expert 15	elles sont lisibles et claires, il est donc possible d'en favoriser l'appropriation. elles réaffirment la place des PTSM, DAC, CLSM pour traiter ce type de problématique et proposer des réponses locales adaptées aux situations des personnes concernées
Expert 18	Titre = grande précarité Mais d'emblée on parle des personnes sans chez-soi Il faudrait un contexte faisant le lien entre grande précarité et absence de chez-soi, +/- développer le concept de précarité, l'exclusion, et les différentes réalités qui entourent la grande précarité (avec pas forcément toujours une absence de chez-soi, même si la classification de l'absence de chez-soi amène au final un reflet assez proche des différents niveaux de précarités). Ou alors d'emblée parler des personnes sans chez-soi comme titre de la recommandation, mais il me semble dommage d'exclure les autres situations de grande précarité La comparaison grande précarité par sans chez-soi est difficile si pas d'explication préalable de ce parallèle

	P9 "de d'un ensemble d'approches" à corriger
Expert 20	J'ai pris un grand plaisir à lire et commenter ces recommandations. Elles s'appuient sur des valeurs d'humanité de solidarité avec un focus permanent sur la centration des personnes concernées .Certaines propositions demanderont du temps, une volonté politique un changement de regard sur une population en grande souffrance. Ce n'est pas de l'angélisme que de croire à ces changements mais tout simplement insuffler de l'espoir pour relever les défis en matière de grande précarité et de troubles de santé mentale Je tiens à remercier sincèrement le groupe de travail et Mme Ligier pour sa patience à m'initier à Graal qui au bout du compte fonctionne très bien!!!
Expert 26	Bravo pour ce travail !
Expert 32	Bien que développé dans plusieurs chapitres, il manque à mon avis, dans le chapitre 3.2.3, une recommandation concernant l'importance d'interventions globales, ayant comme objectif des actions sur tous les facteurs ayant un impact sur la santé mentale: soins psychiatriques/psychologiques, accès aux droits et logement, au bien être et à l'intégration
Expert 33	Recommandations 1.4 et 1.5 légèrement moralisatrices, utilisation du terme "processus de stigmatisation" fourre-tout et brouillant la réalité et qui dans l'argumentaire scientifique semble renvoyer à une étude suédoise elle-même basée sur des études nord-américaines.. Qui "stigmatisent" les personnes sans abris ayant des troubles psy en France ? Les professionnels de santé ? Les membres des associations ? les agents de la fonction publique ? Sinon l'ensemble est d'excellente facture.
Expert 34	Il est fait très peu allusion au travail dans ses différentes facettes: protégé, normal, au black, bénévolat... Le travail contribue aussi, pour nombre de patient, à l'équilibre psychique. L'impossibilité de travailler pour certains déboutés aggrave la pathologie mentale. Trop peu de recommandations à destination des soignants en CMP ou aux urgences.

Proposition 102

D'autres informations seraient utiles ? (Si oui, préciser lesquelles)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.85

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	6	32

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	15.79	84.21

Expert	Commentaires
Expert 3	Je pense qu'un encart spécifique sur le rôle des CAARUD pourrait être utile, car ce sont des dispositifs essentiels et souvent mal connus des professionnels comme des personnes accompagnées. La question des kits "propres" (stéribox) et des lieux d'accueil inconditionnels pour l'addiction (notamment le mésusage médicamenteux dans les cas de benzodiazépines au très long cours pour les personnes souffrant de troubles psychiques et devant "survivre à la rue") pourrait être mise en lumière en quelques lignes, au titre de lieu "hautement inclusifs" et de facilitateurs de coordination dans les prises de contact.
Expert 10	les ressources utilisées auprès des personnes favorisant l'empathie et la compréhension des problématiques des personnes suivies notamment envers la PEC des troubles psychiques comme le réseau REV (entente de voix), la psychiatrie du soleil, le soutien par de la littérature écrite par des usagers de la psychiatrie (roman graphiques, récits)
Expert 18	Abord des SECPA (structures d'exercice coordonné participative) en cours de déploiement https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=HaOxlv5H3unH0jmszUfYUIiT_eJmUnGb1vaJHvWTA6w= Abord des PASS ambulatoires (différentes des PASS mobiles), qui se développent
Expert 19	Seraient utiles et même bien nécessaires, quelques recommandations auprès des cliniciens chercheurs ou non pour concevoir et approfondir la clinique spécifique somatique et mentale de la grande précarité qui s'inscrit souvent en bonne partie à côté de la nosographie habituelle et dans des modes de vie inconnus des professionnels institutionnalisés, et notamment des responsables et décideurs. Que beaucoup des observateurs et informateurs sur le terrain de la grande précarité sont des associatifs, souvent bénévoles. Tous demandent qu'on les aide

	sur les problèmes qu'ils appellent de "santé mentale". Il y a un manque d'outil à mettre à disposition pour recueil, mutualisation des observations d'intervenants non professionnel et en demande de guides méthodologiques minimaux.
Expert 20	Peut être plus que des informations, des perspectives notamment pour assurer le vieillissement de ces personnes dans des structures de vie pouvant associer logement ,services de soins de qualité et des services coordonnés.
Expert 32	Ce n'est pas un non catégorique... mais le sujet est très bien développé! Félicitations au groupe de travail et aux coordinateurs.
Expert 34	A aucun moment, me semble t-il, il n'est évoqué les contraintes d'hospitalisation et leur mises en oeuvre par les travailleurs sociaux, ce qui est un problème quotidien pour les travailleurs sociaux des sites d'hébergement mais aussi de la rue. Il faudrait aussi donner des recommandations aux travailleurs sociaux confrontés à des passages à l'acte dans leur structure pour se repérer quand il faut avoir recours à la loi ou au soin.

COMMENTAIRES RELECTEURS INDIVIDUELS HORS GRAAL

Relecteur 1 :

L'approche orientée rétablissement n'est pas seulement une approche centrée sur la personne et ses forces. C'est même dangereux de présenter cela sous cette forme car cela dépolitise et désocialise les questions de santé mentale qui sont autant un phénomène individuel que **collectif et politique**.

pour le volet politique

Le rétablissement est d'abord et à l'origine un mouvement de défense des droits civiques et d'ailleurs aux Etats-Unis les personnes qui ont promu le rétablissement se sont aussi beaucoup impliquées sur le mouvement "en finir avec le sans-abrisme". La première chose à dire sur ce que vivent les personnes à la rue est donc bien qu'elles perçoivent l'ineptie et la gabegie politique de leur situation dans un pays par ailleurs si riche. Le programme un chez soi d'abord en a fait la démonstration scientifique médico-économique : cela coûte plus cher de laisser les personnes à la rue que de les loger....et on continue à les laisser à la rue....en mettant en place une politique de 400 Millions d'euros alors que le coût global de cette politique est aux alentours de 3 milliards...et le coût social du sans-abrisme est bien plus important.

Les personnes à la rue vont mieux quand elles s'impliquent dans ce type de mouvement de défense des droits sur le logement que cela soit au niveau local ou national.

Le plaidoyer est un des piliers du rétablissement. Vous n'en parlez pas concrètement : comment le promouvoir ? l'animer ? le rendre opérationnel tant d'un point de vue technique que social et politique. C'est pourtant ce type d'approche qui a abouti à du changement vers des bonnes pratiques.

Les bonnes pratiques s'inscrivent dans un paysage social et politique, pas seulement technique. Quid de cette réalité ? Nous sommes dans un système de santé mentale coûteux, particulièrement maltraitant pour les personnes et aussi par effet collatéral pour les soignants. Les rapports du CGLPL sur les différents établissements s'accumulent. L'ONU cite la psychiatrie française dans son rapport annuel sur la torture...Le sans-abrisme est un facteur de risque reconnu de soins sous contrainte. Quid de cela ?

Vous ne parlez pas du tout des bonnes pratiques alternatives dans les situations de crises : DAP,

équipe de crise, Lieu de répit...et programme d'évitements aux incarcérations...Et surtout vous faites un état des lieux des politiques de logement mais pas de la santé mentale...hors il s'agit d'un problème double...

Pour le volet social/collectif

Les bonnes pratiques dans ce domaine ne peuvent faire l'impasse d'une **approche de santé communautaire**, terme que je ne retrouve pas de façon évidente. L'approche RDR et l'approche rétablissement que vous citez sont des approches de santé communautaire. Créer du commun avec des personnes sans abri est facile. Il y a une culture de la rue et de la vie dans la rue. L'approche communautaire promue par l'OMS depuis au moins les années 70 dans les pays pauvres, et l'approche communautaire qui s'est développée lors de l'épidémie du SIDA en France sont à re-mobiliser ici selon moi. En particulier l'épidémie du SIDA a démontré que les approches communautaires produisaient des changements vers des bonnes pratiques.

Un impensé de ce rapport est le **"comment mettre en place le changement" vers les bonnes pratiques**. Hors une bonne pratique se pense avec une stratégie de changement. Et une réponse peut-être justement de renforcer, accompagner une politique de santé communautaire par et pour les personnes directement concernées dans une double approche et un double mouvement : celui de la santé mentale et celui du sans-abrisme. En y intégrant les enjeux migratoires et de la prison. Les recommandations sont majoritairement descendantes (dans leur nature et la grammaire utilisée) et ne semblent pas mesurer l'importance d'une approche montante pour permettre leur implantation et leur diffusion.

J'espère que vous pourrez créer du débat commun autour de ce beau projet.

Merci beaucoup pour votre travail et votre confiance,

Bon courage et bonne journée,

Relecteur 2 :

1. Pour moi, la grande précarité est un terme polysémique, qui peut concerner les différentes dimensions de la précarité : affective (ex: une personne maltraitée/violée ayant un domicile), professionnelle, alimentaire, etc (au sens Wresinski).

Le logement est une dimension qui aboutit à une grande précarité. Ce n'est peut-être pas la seule. Tel que présenté, le titre des recommandations pourrait être : "les personnes sans-abris présentant des troubles psychiques". De plus, la grande précarité peut aboutir à une mauvaise santé mentale - et une mauvaise santé mentale peut aboutir à une grande précarité (par perte de travail, etc). Dans ce dernier cas, la prévention tient une place prioritaire dans le soin (ainsi que l'anticipation), mais cet enchaînement n'est pas détaillé dans le document. Si c'est un choix du groupe, cette direction unique, c'est OK. Le titre du document devrait permettre de bien comprendre le cadre étudié, c'est déjà assez clair.

2. Dans la trame générale du document, j'aurais proposé de décrire clairement **les objectifs de l'accompagnement des ces personnes (par un schéma spécifique?)** :

Exemple : Faire entrer le patient dans le parcours de droit commun du soin et de la santé ; rompre l'isolement, la stigmatisation ; lutter contre les retards de prise en charge somatique ; promouvoir la prévention, l'approche globale ; permettre à tous un accès aux soins et un parcours de soin pertinent...

Pour que tous les professionnels aient un but commun.

3. Puis des principes généraux clairs :

- Ces patients nécessitent d'emblée un accompagnement pluri professionnel par les professionnels sociaux, de la santé, les associations, +/- les réseaux locaux en cas de besoin (type contrat local de santé mental et beaucoup d'autres). Au sein des territoires, **des protocoles pourraient être construits pour coordonner le travail entre les équipes (1=aide au diagnostic global et établissement des priorités partagées, 2=à la continuité des soins, etc)**. Il y a besoin de

coordonner les acteurs sur un territoire, de se connaître, de travailler en relai.

- Il y a besoin d'aller vers pour ramener vers ++.

<https://lesagoras.paca.ars.sante.fr/evenement/evenement/aller-vers-ramener-vers>

a. accompagnement social

- les actions d'aller vers : oui. Les coursiers sanitaires et sociaux permettent d'aller vers les lieux de vie des patients et de leur ouvrir des "droits sur place".

quid des maraudes?

Les associations permettent parfois d'accompagner les patients jusqu'à leur lieu de RDV médicaux, le temps de débloquent les droits et les prises en soins.

Elles peuvent aussi aider en cas de précarité alimentaire (ex : resto du cœur, ou bien pour accéder à un bain, etc), à rompre l'isolement, apprendre le français, etc

Le droit, le soin et la santé devraient travailler ensemble d'emblée..

Aucun médecin ne pourra gérer seul et bien un patient en grande précarité et avec des troubles psychiques...

dans les autres aides en termes de logement : il y a les établissements Foyer d'accueil médicalisé - ou les appartements thérapeutiques. Mais pour ces entrées : le besoin médical est prioritaire sur le besoin social.

Dans le document, il serait intéressant de voir les différentes étapes du parcours de soins avec les priorités à chaque étape en fonction des priorités initiales.

b. l'accompagnement global est préventif

l'hôpital n'est pas le lieu de soin idéal pour ces personnes, pour les raisons évoquées dans le document. Même si heureusement, ils sont à pour les accueillir jour et nuit, et ils font de leur mieux.

Pour une approche intégrée dans un parcours de soin :

En l'absence de droit ouvert :

- Quid des PASS? quid des associations "médecins du monde", et autres ressources (exemples principaux à lister)

Avec des droits ouverts :

- ou bien de centre de santé, centres communautaires, maisons de santé - sensibilisés et avec du temps permis pour une approche biopsychosociale complexe, chronophage et indispensable.

Des cotations "consultations complexes" permettent aujourd'hui une prise en charge longue en consultation, à promouvoir et à anticiper sur les agendas des praticiens...

Les centres et maisons pluri professionnelles permettent souvent un accès au médecin, au gynécologue, parfois au psychologue/psychiatre, en un seul lieu : cela simplifie beaucoup les parcours de soins.

- Quid des réseaux Précarité de l'assurance maladie et autres? à promouvoir car il y a beaucoup de rupture et de renoncement aux soins ++

Autrement dit : quelqu'un dans le soin doit se sentir concerné par ces personnes, en responsabilité, dans une approche globale, par exemple la PASS avec transition dès que possible vers les soins de ville. Un médecin traitant est-il possible? En tout cas, il ne pourra pas agir seul, sans cadre le permettant, et sans travail pluriprofessionnel intensif avec les associations de quartier, les assistants sociaux et les professionnels de santé autres. Ce travail de lien devrait pouvoir être rémunéré, surtout que ce besoin s'estompe avec le temps, lorsque le patient reprend une certaine autonomie et des droits sociaux.

Puis, faudrait-il proposer une évaluation standardisée des besoins au fil des consultations?

Plaintes, parcours de vie, situation familiale et globale, statut préventif complet, biologie, Radio du thorax, santé générale, santé mentale, etc

Avec un référent noté dans le dossier médical, une personne de confiance (=un proche?), pouvant être joint en cas de difficulté rencontrée (exemple: absentéisme répété et inquiétude du médecin).

Avec in fine: un plan de soins et des priorités partagées, un plan de RDV prévu (ex: une

consultation par mois initialement puis plus espacé)

c. Quel accompagnement des troubles psychiques? 1. Comment les évalue-t-on? De quoi parle-t-on? Comment gérer les urgences psys ?

Je proposerais une question générale, à tous, d'ouverture de type "Comment vous sentez vous sur le plan du moral / psychologique ?"

Et la nécessité de faire une évaluation globale plus fine ensuite : des addictions aux états de stress post traumatiques, en passant par les autres troubles psychiques.

Les troubles psychiques couvrent dans le document : les troubles mineurs aux troubles sévères pouvant nécessiter une sauvegarde de justice, ou pas.

Autant que possible, il faudrait rester dans les soins primaires si les enjeux de santé le permettent, et ne pas "psychiatriser" un patient sans abri.

Les associations jouent encore une fois un rôle primordial d'accompagnement (exemple centre Primo Lévy, centre Minkowska), mais aussi les numéros verts de santé publique france (gratuit, permette l'anonymat, et sont déclinés pour les jeunes, les femmes, les personnes ayant des addictions, etc).

D'ailleurs, les associations aident aussi pour les documents administratifs (exemple : certificat nécessitant de rester sur le territoire). En plus, ils disposent de moyens humains qui n'existent pas facilement en ville (interprète, médiateur, etc).

4. Il y a un focus dans le document sur la TCC, qui ne me semble pas être du soin primaire: qui n'est pas facilement accessible, difficile à trouver en routine, qui n'est pas remboursé... l'ergothérapeute non plus.

C'est pour cela que je ferai un **Panier 1 de tout ce qui devrait être fait en soins primaires (avec structures de soins accessibles sans droits ouverts - et celles accessibles avec droits ouverts) - et un panier 2 en cas de troubles psychiques modérés à sévères par exemple, ou évènements de santé important (entrée en niveau 2 du soin avec psychiatre, hôpital, etc)**

5. Dans les enjeux éthiques, pourrait on rajouter les enjeux du secret médical partagé ? Car le pluri pro est d'emblée nécessaire. Tout en conservant une coordination nécessaire.

6. Fautes d'orthographe

p 17 : besoins et difficultés rencontrés

p 19 : capacité à instaurer

avec les capacités pouvant être intégrer au titre du paragraphe

Voilà les principales remarques.

Merci pour ce beau travail de bibliographie et d'argumentaire.

Relecteur 3

Les recommandations sont adaptables et applicables dans les dispositifs d'accueil et plus particulièrement pour ce qui me concerne, les dispositifs de soin résidentiel et EMPP.

Dans ma contribution je dirais que la partie qui parle du numérique 3.2.4 ne fait pas référence à la RGPD portant inhérente à la thématique. (cf 2 pièce jointes sur le sujet).

Dans la partie domiciliation page 16 peut faire référence à la loi alur. (cf 1 pièce jointe)

Relecteur 4

J'ai relu les deux textes et n'ai pas de modifications à proposer

Il y a qq fautes d'orthographe que d'autres ont déjà sans doute corrigées

Cpdt ceci m'arrange car la procédure d'accès aux données est loin d'être un « sacré Graal »

Les pares-feux de l'ordi de l'hôpital en rejettent l'accès