

Analyse présentée par question

Analyse effectuée sur l'ensemble des questionnaires validés.

Projet : Grande précarité et troubles psychiques

Questionnaire : Grande précarité et troubles psychiques (consultation des parties prenantes)

CR réalisé à partir des réponses de type :

Organisme :

Spécialité : nc

Fonction : Aucun

Profession : Aucun

Statut : Aucun

Expert	Date de validation
1 : COLLEGE NATIONAL POUR LA QUALITE DES SOINS EN PSYCHIATRIE	27/02/2023
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	23/03/2023
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	22/02/2023
4 : ADESM	17/03/2023
5 : Fédération Française de Psychiatrie	16/05/2023
6 : Conseil National des personnes accueillies	23/03/2023
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	19/03/2023
8 : Uniopss	20/02/2023
9 : ESPER Pro	27/02/2023
10 : Fédération Santé Habitat	26/02/2023
11 : ORSPERE-SAMDARRA	23/03/2023
12 : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille - EPSM Lille métropole	27/02/2023
13 : UNAFAM	21/02/2023
14 : Croix-Rouge française	26/02/2023
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	15/03/2023
16 : ANAP	02/03/2023
17 : Syndicat National des Psychologues	26/02/2023
18 : UNAFO	28/02/2023

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), Vous effectuez cette relecture au titre de votre structure (association, fédération, syndicat...). Vous pouvez tout à fait associer d'autres représentants de votre structure à cette relecture, mais ne pourrez nous retourner qu'un seul questionnaire. 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 au-delà des personnes que vous associez à la relecture. 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 : 1.12

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	16	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	88.89	11.11

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	Oui, on peut aussi citer les travaux scientifiques, notamment neuro-biologiques, nous permettant de comprendre comment l'adversité sociale est source de troubles psy et addictifs qui viennent l'aggraver en retour.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	On se demande s'il était bien raisonnable de vouloir faire des recommandations uniques à destination des équipes psychiatriques et des acteurs du champ de l'accompagnement.
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Il convient de saluer le travail de compilation et de mise en perspectives du fond de l'argumentaire. Cet appui bien documenté permettant aux acteurs directement concernés dans l'offre d'aide et de soins comme pour les autres acteurs d'avoir une vision multifocale. Le fond est porteur d'une meilleure visibilité des intrications à la base d'une amélioration de la connaissance des phénomènes en interactions et des dispositifs existants. COMMENTAIRE GENERAL et GLOBAL concernant forme des recommandations qui en sont issues : si on comprend l'intérêt d'avoir séquencé le sommaire avec les 5 chapitres proposés qui pourraient potentiellement être lus séparément, en revanche si l'objectif est d'être utile au plus grand nombre de professionnels, la forme actuelle nécessite d'être simplifiée. Les pré-requis, principes élémentaires du soin, de l'aide et de la relation interpersonnelle, idées forces, actions à mener... pourraient être présentés de manière plus concise (limiter voire circonscrire les répétitions qui nuisent à la dynamique du tout). Intérêt d'identifier à quel(s) public(s)s'adresse(nt) ces recommandations.

8 : Uniopss	Actualiser les données d'espérance de vie : 79,7 ans pour les hommes et 85,6 ans pour les femmes en 2019 en population générale
12 : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille - EPSM Lille métropole	La définition du périmètre des recommandations est très claire, l'accent mis sur les déterminants sociaux de santé et de santé mentale explicite spécifiquement l'attente d'une réponse publique à la hauteur des besoins identifiés.
14 : Croix-Rouge française	La définition "personnes en situation de grande précarité" pourrait être dans le corps du texte plutôt que qu'en note de abs de page.
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	remarque néanmoins importante: Suggestion: reprenez le texte de la note de cadrage, qui définit mieux le public que ne le fait l'introduction. Attention aux chiffres de la fondation abbé pierre. Une mise à jour a été faite en 2023
16 : ANAP	Oui, le tableau est bien décrit malgré l'extrême dispersion et hétérogénéité des acteurs et situations
17 : Syndicat National des Psychologues	D'une façon générale mais la population des jeunes qui augmente, comme mentionné d'ailleurs, est mise de côté au nom d'une prise en charge ASE ce qui semble discutable ne serait qu'en terme de prévention. Tous les MNA ne sont pas pris en charge par l'ASE surtout ceux à la limite de la majorité et à la Protection Judiciaire de la Jeunesse ce public pose des problèmes complexes et difficiles.

Proposition 2

Avez-vous des commentaires concernant l'introduction ?

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.53

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	8	9

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	47.06	52.94

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	Il me semblerait nécessaire de mentionner explicitement et dès l'introduction la question des addictions comme étant un des facteurs-clefs du lien entre précarité et troubles psychiques. C'est clair au plan épidémiologique : l'étude citée de Gutwinski (10) qui avance une prévalence de plus de 75 % de troubles psy chez les "homeless" précise que les troubles les plus fréquents sont les troubles de l'usage d'alcool (37 %) et de drogues (22 %) avant les troubles du spectre schizo (12.4 %) et la dépression majeure (12.5 %), et encore le tabac n'est pas mentionné (alors qu'il est un facteur essentiel des inégalités sociales de santé au plan somatique...) De plus les addictions sont un facteur causal important de troubles psycho-comportementaux et renforcent donc la corrélation précarité/psy. Un autre point le "désengagement" par rapport aux dispositifs peut aller jusqu'au refus, notamment par crainte de la stigmatisation "fou". cf. Luhmann Enfin pour le décloisonnement psychiatrie /addictologie, il peut être utile de citer le Guide de la Fédération Addiction qui aborde les mêmes questions : https://www.federationaddiction.fr/actualites/guide-addictions-troubles-psychiatriques/
4 : ADESM	Page 5, § : "il peut y avoir de leur part un désengagement par rapport aux dispositifs sociaux et de santé, du fait de raisons multiples (méconnaissance, barrière linguistique, mais aussi discriminations, refus de soins et expériences antérieures désastreuses notamment dans le cadre d'hospitalisations psychiatriques)" => Proposition d'ajout : "expériences antérieures VECUES COMME désastreuses, notamment dans le cadre d'hospitalisations psychiatriques, ENTRAINANT UNE DEFIANCE VIS-A-VIS DES INSTITUTIONS"
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Sybilline
6 : Conseil National des personnes accueillies	exactement ça décrit bien
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	La thématique de ces recommandations associe "grande précarité et troubles psychiques". La définition de la "grande précarité" est renvoyée en note de bas de page. Elle mériterait d'être partie prenante du texte, avec une attention sur les différents "profils" pour aider à prévenir, repérer et agir de manière ciblée : populations à risque de basculer vers la précarité sociale, psychique, populations en situation de précarité initiale (situation aigue), populations en situation de précarité depuis un certain temps. Si le focus de ces recommandations est l'association Grande précarité + troubles

	psychiques, il convient dans le corps du texte de garder ce fil conducteur avec dans les parties traitées les aspects "prévention" (avant que cela se cristallise) et les aspects spécifiques. Il semble utile également de renvoyer à un paragraphe (ou autre forme) décrivant ce que recouvre la terminologie "troubles psychiques" pour cerner l'hétérogénéité de ce que cela recouvre.
8 : Uniopss	Evoquer, en plus des inégalités sociales en santé, les inégalités territoriales d'accès à la santé Attention à l'utilisation du terme de "maladie" pour parler de la santé mentale : certaines problématiques en santé mentale ne relèvent pas exclusivement du champ médical, par exemple les addictions (problématiques d'ordre bio-psycho-social et non pas seulement médical)
10 : Fédération Santé Habitat	Important de préciser que les données de l'INSEE sont anciennes et donner la raison : Les chiffres Insee sur le nombre de sans-abri s'arrêtent à 2012 et sont, compte tenu de la croissance de ces dernières années, quasi unanimement considérés comme périmés. La dernière estimation, proposée en novembre 2020 par la Fondation Abbé Pierre, fait état de 300 000 personnes sans domicile au sens de l'Insee, parmi lesquels 27 000 sans-abri, 180 000 en hébergement généraliste... 100 000 dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile.
11 : ORSPERE-SAMDARRA	P.5 « les expériences désastreuses » -> cette allégation est basée sur quoi --> citer une source? peut-être du côté des personnes concernées? Si besoin de littérature sur le sujet, contactez-nous, nous vous répondrons dans la journée P.8 « les personnes présentant des troubles psychiques » : différencier la détresse psychique par rapport à des troubles psychiatriques avérés, sinon toutes les personnes en situation de précarité ont des troubles de santé mentale.
13 : UNAFAM	une définition de la grande précarité serait la bienvenue. Elle est ici vu sous l'angle du sans abrisme. peut être faudrait il le préciser
14 : Croix-Rouge française	Est-il envisageable de présenter la notion de vulnérabilité qui définit un champ plus large ? Cf. rapport du CREDOC et de l'Observatoire des vulnérabilités largement dédié à la définition de la vulnérabilité dans toutes ses dimensions (ce qu'elle est et n'est pas) et à l'analyse de son évolution dans la société de 2018 à 2021 : https://www.credoc.fr/download/pdf/Sou/Sou2021-4811.pdf "On peut définir la vulnérabilité comme un état où le moindre événement a la capacité de déstabiliser la vie entière d'un individu en le rendant dépendant." Est-ce que le score EPICES pourrait être rappelé ? https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	p5 concernant les personnes sur l'intrication de vulnérabilités, rappeler les difficultés d'accès / ou situations de ruptures de droits -> il ne s'agit pas que d'éléments liés à la situation des personnes à l'instant T mais à des éléments de

parcours dans le temps

Et sur le désengagement face aux dispositifs, faire référence au non-recours ? (même si référence intervient un peu + tard)

Par ailleurs p7, les acteurs se mobilisent à travers les dispositifs --> mais aussi, les acteurs sociaux, intervenant à la rue au sein de structure de droits commun (type Maraudes / SAMU Sociaux ou Centre d'hébergement d'urgence, Centres d'accueil pour demandeurs d'asile) sont confrontés à un public en grande difficulté présentant des troubles de santé mentale, alors qu'elles n'y sont ni formées ni souvent préparées, elles accueillent ces publics par nécessité du fait de leurs missions

Commentaire 2:

l'introduction pose bien la question des « réponses déficientes et cloisonnées ». Bravo pour cette partie.

Suggestion néanmoins : cet aspect de « non réponse institutionnelle » et d'errance subie par les publics concernés par la recommandation mérite d'être clairement posée en soulignant, comme vous le faite mais peut être un peu vite. La conséquence de cet isolement est bien souvent l'exclusion, puis ensuite le non recours des personnes concernés, du fait de non réponse de l'ensemble des acteurs.

Vu depuis les Samu Sociaux et sans être forcément outillé pour étayer votre argumentaire : nous observons de manière équivalente les objections dont sont victimes ces publics pour justifier des non prises en charge et un renvoi vers un « autre » qui devrait s'en occuper. « trop psy » pour les addicto, trop neuro pour les psy, trop lourds pour les CHRS qui imagineraient bien les LAM s'en occuper

Ce phénomène d'errance, de renvoi de balle et de non prise en charge mériterait d'être mieux souligné

Ces refus deviennent parfois à l'origine de débats houleux entre acteurs (comme on peut en constater lors de l'élaboration de PTSM par exemple), des documents de référence qui sont plus des consensus mou que de véritable levier de mobilisation, comme cela peut être le cas ailleurs.

Alors peut être : insistez plus dès l'introduction sur le fait que nous sommes TOUS en difficultés et que ces recommandations visent à simplement aider chacun et chacune des acteurs engagés sur la question, à accepter de remettre en cause ses postures et difficultés de manière collective, sans se réfugier derrière des cloisonnement ou la justification du manque de moyens.

Sur l'argumentaire : surprise du non lien établi entre la fin de l'institutionnalisation en psychiatrie et l'apparition de publics isolés et précaires dans la rue

L'argumentaire dit que le lien n'est pas établi

Mais avez-vous réellement étudié la question des publics isolés, sans logements, sans relais familiaux, qui étaient dans les unités de chroniques ? L'argumentaire ne cite pas de source. Pouvez vous vérifier ?

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

certain 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 : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.78

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	1	0	1	0	2	1	2	11	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	5.56	0.00	5.56	0.00	11.11	5.56	11.11	61.11	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 %	11.11	88.89

Expert	Commentaires
1 : COLLEGE NATIONAL POUR LA QUALITE DES SOINS EN PSYCHIATRIE	La première phrase est sujette à caution car elle porte le risque de méconnaître la subjectivité des troubles psychiques. Une autre formulation semble nécessaire pour ne pas aller contre l'intention de la recommandation
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Inadéquat pour les soins et traitements psychiatriques.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Les plusieurs conditions sont très important et en phase de la réalité afin que les professionnelles ou équipes soient diversifiés afin de faire face et s'enrichir les uns les autres
8 : Uniopss	Pour favoriser les postures de non-jugement, il peut être recommandé de travailler avec des pairs aidants, qui apportent une vraie richesse aux équipes
12 : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille - EPSM Lille métropole	Les modalités d'accompagnement particulièrement bien décrites devraient être celles de l'ensemble des professionnels de santé mentale, quelque soient leurs champs d'action et d'exercice professionnel : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie adulte, psychiatrie de la personne âgée, et bien sûr les personnes vivant avec un trouble psychique et en situation de grande précarité.
13 : UNAFAM	dans l'horizontalité de la relation il pourrait être fait mention du rôle des pair aidants
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Formulation bien en phase avec le référentiel des samu sociaux. Un focus sur le rôle des pairs aidants pourrait déjà apparaître ? Leur rôle de lien entre équipes professionnelles aussi
16 : ANAP	Bien sûr, mais peut-être faudrait-il pouvoir s'assurer que la personne a bien compris ce qui lui est proposé et la soutenir en lui proposant des entretiens motivationnels.
17 : Syndicat National des Psychologues	Toutes ces préconisations sont sous conditions de multiples facteurs et il est important aussi de repérer les butées qui ramène un principe de réalité parfois difficile et frustrant pour le professionnel.

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 : 1

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	1	0	0	0	0	0	1	4	12	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 %	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	22.22	66.67	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
1 : COLLEGE NATIONAL POUR LA QUALITE DES SOINS EN PSYCHIATRIE	Réserves sur les deux dernières phrases si elles concernent des personnels soignants. Favoriser l'accès aux soins est un enjeu. Ne pas laisser penser une confusion entre anamnèse clinique et enquête de police
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	Pour la RDR, il peut être utile de mentionner les récentes RBP HAS sur la RDR en ESSMS (inclusion sociale). La clef est de partir des attentes et des demandes formulées par les personnes (accompagnement des consommations par exemple) et non de la seule évaluation institutionnelle de leur besoins cf. proposition 5 ci-après
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Les termes choisis « haut seuil d'inclusion » ne traduisent pas une volonté de clarification. Les CMP sont des centres de soins gratuits, ils mobilisent des équipes pluridisciplinaires qui se réunissent régulièrement et construisent leur action sur le temps long. On croit les reconnaître dans les principes « haut seuil d'inclusion », « pluridisciplinaire », « réflexion collégiale » et « rester avec » mais ce qui est à César n'est pas rendu à César.
6 : Conseil National des personnes accueillies	les 4 paragraphes décrivent exactement et ceci est très important afin de reprendre leurs soins en continue.
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	les principes généraux, éthique et postures sont à recroiser avec ce qui est dit dans les autres chapitres, puisque de fait refléter dans les actions assurant l'accès aux droits et leur respect, les aspects PEC & accompagnement auprès de la personne.
8 : Uniopss	Ajouter que l'arrêt des consommations de substances psycho-actives (alcool, drogues etc.) ne doit pas être une condition imposée pour l'accès à l'accompagnement social et aux soins
13 : UNAFAM	Cette proposition prend aussi tout son sens dans la population ayant des troubles psy qu'elle soit en amont ou pas d'un basculement vers la grande précarité
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Tout à fait d'accord avec cette proposition, dans le fonctionnement des structures mais aussi en amont dans les processus d'orientation et d'intégration Inciter + directement les pouvoirs publics à prendre des orientations en ce sens. En effet, l'augmentation des seuils d'exigence de la part des structures vient en aussi des injonctions des pouvoirs publics, par le biais d'indicateurs sur les durées de séjour et sur les budgets Peut être, à l'image de ce qui est indiqué en introduction, mettre en avant le phénomène d'exclusion dont est victime le public. Conditionner l'accueil à la situation administrative, aux soins, à la stabilisation de la consommation est trop souvent ce que vivent les publics et à l'origine de leur non accès aux dispositifs
16 : ANAP	Entièrement d'accord sur le principe qui me paraît très difficile à mettre en œuvre.

Cela suppose le déploiement d'une politique publique globale et applicable à l'ensemble des services. Comment mesurer le respect du principe ?

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 : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

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	0	5	12	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	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	27.78	66.67	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Quand il est développé, l'accueil dispense souvent de l'"aller vers" en dehors du temps initiaux de prise en charge. Il faut un développement équilibré de l'accueil et de l'"aller vers".
6 : Conseil National des personnes accueillies	Le aller vers est un outil précieux qui maintenant marche très bien
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Voir synthèse commentaires en fin de document
8 : Uniopss	Les pairs-aidants peuvent jouer un rôle de médiation entre les personnes concernées et les professionnels, notamment pour les premières prises de contact
13 : UNAFAM	posture essentielle qui demande un savoir être autant qu'un savoir faire
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Des EMPP assurent souvent des permanences ou interviennent en structure mais interviennent rarement (avec toutefois une grande disparité selon les lieux) ni en situation d'urgence ni sur les lieux de vie des personnes à la rue Par ailleurs les services de protection des majeurs se déchargent très largement, s'agissant de personnes présentant des troubles de santé mentale, sur les maraudes / SAMU sociaux --> les questions d'aller vers doivent s'entendre, s'agissant des personnes à la rue, en termes de complémentarité d'acteurs et d'interventions De manière générale, ajout de la notion d'inconditionnalité de l'aller vers?
16 : ANAP	L'aller vers commence à se déployer dans les champs du soin et de l'accompagnement, mais quid des autres services publics ?

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 : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.12

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	0	5	11	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 %	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	0.00	27.78	61.11	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
1 : COLLEGE NATIONAL POUR LA QUALITE DES SOINS EN PSYCHIATRIE	Pour quelle raison mettre en titre cette notion d'engagement sur le long terme ?
5 : Fédération Française de Psychiatrie	En psychiatrie, l'indifférence et le rejet avancent masqués.
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Voir synthèse commentaires en fin de document
10 : Fédération Santé Habitat	"laisser les personnes aller et (re)venir" oui MAIS : par exemple si la personne accompagnée est dans un établissement elle risque de perdre sa place pour très

	longtemps (les demandes selon les structures dépassent souvent 18 mois d'attente).
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Respecter le refus
16 : ANAP	Peut-être faudrait-il pouvoir s'assurer que la personne a bien compris ce qui lui est proposé et la soutenir en lui proposant des entretiens motivationnels.

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 : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

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	1	14	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	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	11.11	5.56	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	Cela peut passer par des espaces/moments d'accueil genré (espaces femme par exemple quand l'accueil mixte peut être insécurisant) ou dédié à telle ou telle population souffrant d'un stress de minorité
4 : ADESM	Concernant le besoin de sécurité et stabilité, il y a sans doute un intérêt à le mettre en lien avec l'importance de tenir compte des vécus traumatiques des personnes en grande sécurité et des attitudes (parfois destabilisantes pour les professionnels) que ces vécus engendrent. A ce propos, je trouve que la notion d'approche "trauma informed" est évoquée de manière trop allusive dans le chapeau introductif, alors que la sensibilité au traumatisme doit informer en profondeur la posture des intervenants.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Possible que le premier point soit adéquat dans le champ de l'accompagnement, il est superfétatoire dans le champ sanitaire. Pour le second point, le silence sur les secteurs psychiatriques est assourdissant.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Les deux derniers paragraphes sont très essentiels
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	que recouvre le terme "structure ou service" - s'il s'agit de pointer les entités, utilité d'en faire état en y associant les vocables utilisés pour d'autres entités que ces deux citées (ex secteur, équipe, unité, ...) + Voir synthèse commentaires en fin de document
10 : Fédération Santé Habitat	Oui mais avec quels moyens?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Pour les structure notamment d'hébergement d'urgence : assurer la continuité de l'accueil 7 jours sur 7, 24h sur 24 --> les personnes présentant des troubles de santé mentale sont très impactées par les ruptures de prise en charge en journée (fatigue, difficultés de sommeil / réveil du fait de la prise de médicaments), or la fatigue est un élément déterminant de l'aggravation de troubles psychiques

	Par ailleurs l'errance en journée est propice à l'augmentation des consommations diverses.
16 : ANAP	Certes, il faut que les services concernés soient préparés à l'accueil de ce public. Mais quelle la perception de ce public face aux administrations ? Quelle est leur perception de la nécessité de pour eux de s'adresser aux différents services ?

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 : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.39

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	0	4	13	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	5.56	0.00	0.00	0.00	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	OK pour le 1° alinéa du premier point. Au début du XX° siècle, on appelait par euphémisme "spécifiques" les traitements de la grande vérole. En psychiatrie, nous avons l'expérience des paradoxes de la discrimination positive. Deuxième point. "les services spécialisés dans l'accompagnement des personnes en grande précarité et présentant des troubles psychiques" incluent-ils les services de psychiatrie? Si oui, alors , il manque un 4° alinéa pour le deuxième §: "o de bénéficier d'une action de plaidoyer en faveur d'un coup d'arrêt des mesures qui fragilisent la psychiatrie et tout particulièrement la psychiatrie de secteur."
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Que recouvre cette "action de plaidoyer" ? à croiser avec le chapitre Construire une réponse publique coordonnée
10 : Fédération Santé Habitat	"faciliter les procédures administratives" : attention à la dématérialisation et au tout numérique
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Pour les pouvoirs publics : soutenir la transformation de l'offre pour rendre les structures + soutenantes (cf. point précédent) Poser l'accès au droit (hébergement, logement, soin), en réponse à la demande, comme l'unique préalable à la prise en charge (sans prérequis tel que des projets, le suivi d'un traitement...)
16 : ANAP	Entièrement d'accord, mais le recours au plaidoyer témoigne du chemin à parcourir !

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 : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.39

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	0	4	13	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	5.56	0.00	0.00	0.00	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Efficacité marginale à craindre. Cette proposition n'est pas à la mesure de la complexité des mécanismes en particulier psycho-pathologiques conduisant une partie des malades

	psychiatriques dans la précarité. Il y a un certain simplisme à définir les menaces comme seulement externes au sujet.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui avec des gens qui ont connu la même situation, des patients experts, pair aidants ou travailleurs pairs: il faut absolument développer les compétences de ces personnes ainsi que leur rétribution.
10 : Fédération Santé Habitat	"des actions de lutte contre les discriminations et la stigmatisation construites avec les personnes concernées" COCONSTRUITES serait plus approprié que construites avec
14 : Croix-Rouge française	Qui de rajouter cette assertion L'empowerment, un pilier de la lutte contre l'auto-stigmatisation Cf. https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/lutter-contre-la-stigmatisation-et-les-violences-envers-les-personnes-vivant-avec-un-probleme-de Lien ? La stigmatisation et les discriminations Maj : 24/10/2022 https://www.psycom.org/comprendre/la-stigmatisation-et-les-discriminations/
16 : ANAP	Il est très important de donner ou redonner la parole aux personnes concernées. Peut-être rappeler que la déchéance sociale dont sont victimes les personnes concernées peut survenir très vite en fonction des aléas de la vie.

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 : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.36

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	0	0	3	13	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	17.65	76.47	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	peut être ajouter dès la formation initiale et dans le cadre de la formation continue pour que cela soit plus explicite
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	il est important par cela-même, par le respect manifesté, d'essayer de les aider à repérer leur propre (fréquente) auto-stigmatisation et à s'interroger pour les aider à s'en libérer. Importance du lien avec les psy.
4 : ADESM	Ce point est essentiel, les professionnels n'étant pas toujours conscients des mécanismes de stigmatisation qui sont à l'oeuvre via leur langage et/ou leurs attitudes. La participation des personnes concernées doit concerner la construction et la dispensation des formations. L'évaluation des services par les usagers est également essentielle pour permettre aux équipes de percevoir les écarts de perception qui peuvent exister avec les usagers et de s'ajuster en conséquence. Le Quality rights tool de l'OMS est l'un des outils d'évaluation pouvant être mobilisé dans cette optique, les questionnaires RSA (recovery self-assessment) en sont un autre.

	Références : https://www.epsm-lille-metropole.fr/qr et https://qualityrights.org/ Questionnaire RSA en PJ
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Peut-être utile dans le champ de l'accompagnement. Inadéquat en psychiatrie. Ceci pourrait être vérifié régulièrement par l'HAS lors des visites de certification des établissements.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Très important car j'ai connu ça étant infantilisé et non co-construit avec les professionnels
10 : Fédération Santé Habitat	Oui, ne pas réduire une personne à un état, une maladie, ... "Il est recommandé de former et de sensibiliser professionnels" : d'abord sensibiliser, ensuite former avec un enseignement obligatoire Même remarque pour "contruites" il est plus juste d'employer coconstruites
13 : UNAFAM	incomplet sensibiliser TOUS LES professionnels dès la formation initiale à l'importance du langage mais aussi de la POSTURE (Savoir Etre)
14 : Croix-Rouge française	La définition du mot euphémisme pourrait être rappeler en empruntant l'effet de style de l'Encyclopédie de Diderot.
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	En formation initiale les travailleurs sociaux diplômés d'Etat En formation continue l'ensemble des professionnels agissant face au public que ce soit à la rue ou en structure (Ex. technicien d'intervention d'urgence sociale en maraude, accueillant de jour en accueil de jour, agent d'accueil de nuit et personnels de service en hébergement etc.) --> ce sont souvent de ces professionnels mal formés qu'émanent des postures inappropriées Former également les intervenants exclus de la formation professionnelle que ce sont les bénévoles, nombreux dans les maraudes / SAMU sociaux et autres dispositifs sociaux. Former avec la participation des personnes concernées
16 : ANAP	Indispensable !

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 : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

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	0	0	4	13	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 %	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	Bien sûr mais problèmes de disponibilité des équipes...
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Peut-être utile dans le champ de l'accompagnement. Superflu en psychiatrie, sous réserve que les équipes aient le temps de se rencontrer, ce qui est en bonne part une question de moyens. D'une façon générale, ces propositions ignorent superbement les règles du métier en usage en psychiatrie.
6 : Conseil National des personnes accueillies	très important
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Comme pour tout soin, la notion d'accord de la personne soignée est un principe. Dans ce contexte, il peut être nécessaire d'échanger en équipe pour finaliser une stratégie interprofessionnelle d'accroche, d'aller vers, de rester avec et/ou de mise en lien en réseau notamment pour éviter les perdus de vue. L'accord de la

	personne ne sera pas forcément obtenu d'emblée du fait du double impact précarité / troubles psychiques.
8 : Uniopss	Prévoir également des temps de réunion en présence de la personne concernée, qui pourra alors partager son ressenti sur l'accompagnement qui lui est proposé
10 : Fédération Santé Habitat	Les espaces éthiques régionaux pourraient être ressources
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	APP souvent encadrées par des psychologues sont souvent déjà en place --> en revanche tenue d'APP "cliniques" menées par une EMPP / un psychiatre sur l'analyse de cas complexes rencontrés en intervention est identifié comme un vrai "+" Parfaitement en accord pour les comités éthiques (avec personnes concernées, partenaires et équipe).
16 : ANAP	Entièrement d'accord. Mais cela va plus loin. Quelle est la perception du grand public de la marginalité, du handicap ? La sensibilisation doit démarrer bien plus tôt comme c'est le cas au Québec, dès l'école maternelle. Site officiel : http://www.education.gouv.qc.ca/adultes/cours-anterieurs-au-renouveau-pedagogique/integration-sociale/

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 : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.12

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	0	1	2	3	11	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	5.56	0.00	0.00	5.56	11.11	16.67	61.11	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Souvent, les malades hospitalisés en psychiatrie sont réhabilités dans leurs droits à l'occasion de leurs séjours. Les équipes de secteur psychiatrique comportent un ou plusieurs travailleurs sociaux.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui car beaucoup trop de personnes ne savent pas.
10 : Fédération Santé Habitat	Accès aux droits communs mais quels sont les moyens pour rendre cette proposition effective ?
13 : UNAFAM	la proposition est juste mais elle ne fait pas référence à qui se charge des ses informations et surtout qui va être en soutien plus ou moins rapproché pour que cet accès soit effectif
16 : ANAP	D'accord sur le principe mais pour être efficace, cela suppose des simplifications

	importantes et des annuaires mis à jour qui recensent aides et services compétents.
17 : Syndicat National des Psychologues	Importance en informant d'avoir une visibilité de la faisabilité et en combien de temps. Informer d'un droit inaccessible (malheureusement) ou dans une durée trop éloignée doit être évalué dans l'impact discriminant qui se renforce.

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 : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

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	0	1	2	14	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 %	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	C'est un bon principe. Mais les missions de la psychiatrie vont, heureusement, bien au delà. En effet la psychiatrie doit aussi agir en situation de refus d'aide. D'où la nécessité des soins sans consentement, étrangement oubliés dans ces recommandations. Et l'importance de l'action des pouvoirs publics (SPDRE) en l'absence de proches.
10 : Fédération Santé Habitat	Concrètement ?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Cf. 1.2 sur l'aller vers (proposition 5) Attention à la multiplication des équipes d'aller vers néanmoins lorsque leur création vise à apporter in situ ce que le droit commun ne permet pas d'accueillir ou lorsqu'elles visent à créer des sas d'attente dans l'accès à un droit commun saturé.
16 : ANAP	C'est le premier des principes et la première des actions à entreprendre pour nouer le contact.

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 : 1

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	1	0	0	0	0	0	1	4	12	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 %	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	22.22	66.67	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Ce sont de bons principes. Mais pourquoi ne pas choisir de développer la mobilité des mille équipes de secteur, plutôt qu'encourager les dizaines (peut-être une centaine) d'équipes mobiles?
10 : Fédération Santé Habitat	Rappeler sans doute pas car cela pourrait ressembler à une injonction, par contre donner les moyens spatio-temporel à la personne
13 : UNAFAM	Ces rappels de RDV sont importants mais au delà du rappel s'assurer que la personne est en capacité de se présenter (vetements propres, pièces administratives requises, bonne compréhension du dossier en cours...) Là encore cela ne concerne pas que les personnes en grande précarité
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Pas uniquement les équipes mobiles
16 : ANAP	Les équipes mobiles mais aussi le Case management (cf. Fiche jointe associée à la publication sur le Déploiement de la Réhabilitation psychosociale dans les territoires). le case manager a pour missions de mettre en convergence poursuite du soin et accompagnement dans la vie citoyenne, dès la sortie du dispositif de soin.

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 : 8.62

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	0	0	1	0	4	13	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	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
4 : ADESM	Pair = pair aidant ?
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Voilà de nouveau un but raisonnable, mais accompagné malheureusement de préconisations irréalistes et du coup inadéquates en psychiatrie, c'est dommage. Y'avait-il dans le groupe de travail des infirmiers et travailleurs sociaux travaillant en CMP? On a en effet souvent l'impression que les difficultés rencontrées en psychiatrie dans ce type de prise en charge sont gommées. D'ailleurs le terme "prise en charge" est absent de cette recommandation. Peut-être est-il l'objet de réserves de la part du ou des auteurs? Il est pourtant un des termes de la dialectique avec l'empowerment.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Ceci est primordial
10 : Fédération Santé Habitat	Oui mais pas toujours réalisable : s'assurer que la personne pressentie soit disponible car cette proposition pourrait être contreproductive en cas d'indisponibilité de l'accompagnant
13 : UNAFAM	voir mes commentaires dans proposition 14

15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	travailler aussi sur les tiers de confiance
16 : ANAP	cF. proposition 14 au-dessus

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 : 1

Valeur minimum : 6

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	1	0	1	15	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	5.88	0.00	5.88	88.24	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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Peut-être qu'affleure dans cette proposition la peur que l'administration inspire à tous les français. Et bien sûr qu'être aidé pour ses papiers et accompagné aux bureaux X ou Y est désirable.
6 : Conseil National des personnes accueillies	oui tout est dit: prendre en urgence les étrangers venant sur notre territoire, irréguliers en charge
10 : Fédération Santé Habitat	Pour l'avoir expérimenté la mise en place de guichet dédié en centre de santé sont une très bonne réponse aussi bien pour les professionnels que pour les bénéficiaires et accompagnants
13 : UNAFAM	très important si on ne veut pas que la situation soit la patate chaude que personne n'attrape vraiment
16 : ANAP	Entièrement d'accord, mais difficile à mettre en œuvre sans le déploiement d'une politique publique interministérielle globale affichée et déclinée par services publics concernés.

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 : 1

Valeur minimum : 8

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	0	0	4	12	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	23.53	70.59	5.88

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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	cela ressemble un peu à un vœu pieux... mais très bien !
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Vœu pieux?
6 : Conseil National des personnes accueillies	c'est essentiel d'accepter les justificatifs de manière souple et de ne pas imposer de contraintes au delà de la réglementation
8 : Uniopss	D'être formés à la lutte contre les discriminations et la stigmatisation Attention à la fracture numérique : préciser que le numérique entraîne, pour de nombreuses personnes, des difficultés supplémentaires dans l'accès aux droits et qu'il ne doit jamais remplacer l'accueil humain, mais seulement être une option en plus (voir le rapport de la Défenseure des Droits "Dématérialisation des services publics", 2022)

10 : Fédération Santé Habitat	Oui MAIS comment rendre cette proposition effective ? " Des conventions pourront notamment être passées avec les Services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO)" A quoi serviraient ces conventions ?
13 : UNAFAM	une mention sur l'errance de ces publics serait intéressante. Comment en tenir compte dans l'ouverture des droits? place de la simplification?
16 : ANAP	cf. proposition 16 au-dessus. C'est une proposition universelle, bien au-delà du public concerné, et valable pour tous.

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 : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

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	13	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	11.11	5.56	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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	C'est vrai pour tout le monde.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui mais dans les faits ce n'est pas appliqué
10 : Fédération Santé Habitat	Traiter les changements lorsque le professionnel en a connaissance MAIS aussi informer les réseaux et partenaires de ces changements
13 : UNAFAM	dans les situations modifiant les droits des personnes ne devrait on pas préciser - le handicap - la sortie d'une hospitalisation (ce peut etre une hospit pour pb somatique)
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	De mettre en place des dispositifs de médiation ou de recours interne, de permettre la médiation par des travailleurs sociaux, de veiller à des dispositifs de prévention avant rupture de droits, de s'assurer de la bonne notification préalable à des ruptures de droits (courriers non récupérés dans les organismes domiciliaires, difficultés de compréhension ou de traduction éventuelles etc.)
16 : ANAP	Bien sûr ! Encore faudrait-il évaluer les causes des retards dans le traitement des dossiers et y apporter des solutions. Cf, les délais actuels pour obtenir un renouvellement de passeport ou de cartes d'identité.

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 : 8.59

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	0	0	3	13	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	5.56	0.00	0.00	16.67	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 %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
6 : Conseil National des personnes accueillies	Sachant qu'il y a énormément de structures et de déploiement pour ces problèmes

7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	on comprend l'idée mais ce principe vaut pour toute personne en situation de mal logement, avec ou sans trouble psychique. Cibler dans ce paragraphe les aspects spécifiques à la grande précarité ou à tout ce qui peut en prévenir le risque. + voir commentaires synthèse générale en fin de document
10 : Fédération Santé Habitat	Coquille : " en plus d'offrir un abri assure " Rappeler que la France n'est pas à la hauteur du 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 :
13 : UNAFAM	comment faire en sorte que ce ne soit pas un vœux pieux?
16 : ANAP	Cette mission doit s'envisager dès la sortie du dispositif de soin. (cf. Fiche Silapsy à Saint-Nazaire, citée dans le document)

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 : 8.39

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	0	0	1	3	13	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	5.56	0.00	0.00	0.00	5.56	16.67	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
6 : Conseil National des personnes accueillies	primordial
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Les lieux d'hébergement sont parfois temporaires et/ou instables : les personnes s'en absente (ex. hospitalisation), départs volontaires, interruptions d'hébergement à l'initiative de la structure, durée de séjours parfois provisoires conclues avec les 115 etc. Une solution de domiciliation est parfois + stable dans le temps Toutefois, il est effectivement recommandé de veiller à la continuité de l'hébergement et à des hébergements + protecteurs (cf. 1) qui ont l'obligation de fournir des attestations d'hébergement pour l'ouverture de droits le cas échéant, mais celles-ci sont destinées à justifier de l'état des personnes, de leur parcours, etc. Elles ne constituent pas toujours (voire rarement) une attestation de domiciliation --> faire cette recommandation risque de laisser croire aux organismes domiciliaires (CCAS) qui ne reconnaissent pas toujours l'ancrage dans la commune et par conséquent laissent les personnes sans domiciliation, qu'un hébergement les dispenserait de domicilier alors que cet hébergement justifie au contraire l'ancrage sur le territoire et la délivrance d'une attestation de domiciliation par l'organisme Recommandation pertinente uniquement sur des territoires respectant le principe de continuité de l'hébergement et sur lesquels les personnes peuvent être stabilisées, sur un temps long sur un même lieu.
16 : ANAP	La solution d'hébergement doit être stabilisée.

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 : 8.84

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	0	17	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	0.00	94.44	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
6 : Conseil National des personnes accueillies	c'est évident
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	La mise en oeuvre opérationnelle de ce droit est requise. Bien qu'exigeante, la notion de proximité est garante de la possibilité pour les personnes qui se mobilisent peu de récupérer les documents. Les processus pour y parvenir nécessitent d'optimiser le niveau de connaissance ainsi que les moyens associés.
10 : Fédération Santé Habitat	Les services de domiciliation sont saturés et en nombre insuffisants

13 : UNAFAM	rappeler que c'est le droit commun
16 : ANAP	La procédure de domiciliation n'est pas bien connue et doit être entreprise par un tiers.

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 : 0

Valeur minimum : 7

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	0	0	2	3	12	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	11.11	16.67	66.67	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
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	Parfait
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Bizarrement, les termes "personnes étrangères" ne figurent pas dans la proposition 22 et sont seulement implicites.
6 : Conseil National des personnes accueillies	voir commentaire proposition 16
10 : Fédération Santé Habitat	Qui s'assure de l'effectivité cette recommandation ?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	IL est recommandé, dans un souci de santé publique, d'examiner les possibilités de dérogations au délai de carence imposé aux personnes étrangères lorsqu'elles établissent leur vulnérabilité
16 : ANAP	Certes, mais comment rendre la recommandation effective ?

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 : 0

Valeur minimum : 9

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 9.00

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	0	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	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	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
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui se développe beaucoup en IDF
10 : Fédération Santé Habitat	Oui MAIS en amont du développement des PASS, les faire connaître, donner l'information. Les PASS mobiles sont en nombre insuffisant et peu repérées

15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Et notamment le développement de PASS psychiatrique sur l'ensemble du territoire
16 : ANAP	Entièrement d'accord pour les PASS mobiles, mais également les EMPP.

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 : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

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	1	3	13	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	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	16.67	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
4 : ADESM	+ les EMPP qui ont été créées pour permettre un accès aux soins psychiques
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Quel tour de force d'omettre les plus de deux mille CMP en France qui dispense des soins et traitements gratuits à tous et entre autres aux précaires et SDF! Est-ce vraiment l'intention de l'HAS de vouloir développer des filières de soins spécialisées par type de problèmes sociaux plutôt que d'augmenter la polyvalence des structures structurées par types de problèmes sanitaires déjà existantes ? Ceci a-t-il été décidé au niveau du conseil scientifique de l'HAS?
6 : Conseil National des personnes accueillies	voir commentaire proposition 23
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Regrouper avec les éléments ci-dessous. Simplifier la lecture du tout
10 : Fédération Santé Habitat	On distingue mal cette proposition par rapport à la proposition 23
11 : ORSPERE-SAMDARRA	P.18 « lutter contre les refus de soins directs et indirects » -> comment différencie-t-on le refus de soin du déni de trouble ? par ex des patients souffrant de schizophrénie peuvent avoir un déni de leur trouble ce qui n'est pas la même chose qu'un refus de soin en raison de parcours complexes qui font que les gens abandonnent le recours aux soins.
13 : UNAFAM	pb les PASS ont aussi un rôle stigmatisant
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	L'accès aux soins doit être facilité s'agissant du droit commun, les délais d'accès aux CMP sont anormalement longs au regard des délais liés à certaines pathologies, ou en cas de rdv raté etc.
16 : ANAP	Difficile à déployer en milieu rural. A quand une "PASS Bus" comme les maisons des services publics foraines ?

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 : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.28

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	0	1	3	13	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 %	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	16.67	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	Et de sensibiliser les professionnels aux questions des refus de soins
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	mentionner également le rôle des CAARUD et des CSAPA (libre-accès, hygiène de base, accès aux soins, RDR infectieux, VIH, VHB, VHC... MSO)
4 : ADESM	Il conviendrait de mentionner les CPTS en cours de structuration sur l'ensemble du territoire, qui ont pour mission un accès à la santé dans une acception populationnelle avec : - l'obligation d'organiser l'accès à un médecin traitant pour toute personne qui en est dépourvue - des missions de santé publique tenant compte des déterminants sociaux de santé. https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles

	ssionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients Cf :
5 : Fédération Française de Psychiatrie	De nouveau, la psychiatrie et les problèmes qu'elle affronte et traite sont passés sous silence.
6 : Conseil National des personnes accueillies	oui car beaucoup trop vu que je suis avec handifaction
8 : Uniopss	Sensibilisant les professionnels de santé à la lutte contre les discriminations
10 : Fédération Santé Habitat	Peut-être ajouter un mot sur les refus de soins pour les personnes avec psychotraumatismes...
13 : UNAFAM	le refus de soins devrait faire l'objet de procédure de recours... Un rappel des sanctions encourues pourrait être utile
16 : ANAP	Il faudrait pouvoir promouvoir et faciliter le financement d'équipes mixtes ou de dispositifs mixtes (guichet unique) alliant l'ensemble des compétences.

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 : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.39

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	11	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	11.11	0.00	27.78	61.11	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
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	Il est nécessaire d'inclure systématiquement les acteurs de l'AHJ dans les PTSM et les instances de concertation territoriale
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	Ne pas oublier de mentionner les CAARUD/CSAPA des territoires. Les addictions sont mentionnées dans la plupart des CLSM/PTSM
4 : ADESM	Cela paraît idyllique tel qu'écrit, mais le texte n'aborde jamais la question de l'accessibilité financière des soins, qui de facto a pour conséquence une prise en charge des personnes en grande précarité très majoritairement par les établissements assurant le service public de psychiatrie, en sus de quelques acteurs associatifs et généralement militants. Il est important de rappeler que le PTSM peut permettre aux acteurs de mieux coopérer, mais ne dispose d'aucun pouvoir contraignant. Du point de vue légal, le Code de la santé publique confère par contre un rôle à l'ARS en prévoyant (Article L3221-4) que "Le directeur général de l'agence régionale de santé organise également avec ces établissements (de service public) les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention

	considérée". Le paragraphe suivant sur la sectorisation des personnes sans chez soi correspond à la réalité sur les territoires et le principe d'accès à une prise en charge en proximité du lieu de vie doit effectivement être affirmé, s'agissant d'un facteur déterminant de la continuité du suivi, donc de qualité du parcours de soins Cf : articles L3211-2 du CSP : "recours de proximité aux soins psychiatriques" et "accessibilité territoriale des soins" + L3211-1 du CSP : "toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence" S'agissant de l'accès aux soins psychiatriques, il conviendrait également de pouvoir citer les difficultés des EMPP, créées pour aller vers les personnes et les inscrire dans une prise en charge de droit commun, mais qui se heurtent à une quasi impossibilité d'opérer ces relais. Je trouve enfin dommage de ne pas citer en exemple l'énorme travail coordonné par l'ARS IDF pour énoncer des règles de sectorisation des personnes sans domicile, en les fondant avant tout sur l'intérêt des personnes (pages 5 à 11 du document en PJ)
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Ici, le groupe de travail a manqué d'ambition. L'expérience clinique enseigne que parmi les personnes souffrant de troubles psychiatriques se retrouvant en situation de précarité, beaucoup n'ont pas bénéficié dans l'enfance, à l'adolescence ou dans la phase d'installation de leurs troubles des soins et traitements psychiatriques adéquats. Ceci est encore plus vrai pour les malades étrangers ayant vécu dans des pays en voie de développement ou sous-développés. Une audacieuse politique de prévention, dans le registre de cette recommandation, nécessite un développement des soins et traitements psychiatriques partout dans le monde, à commencer par la France où une mesure numéro un s'impose : que la "psychiatrie de secteur " ne soit plus l'objet ni d'un tabou de la part des administrations sanitaires, ni de soupçons vaseux et de jugements à l'emporte-pièces (cf § suivant).
6 : Conseil National des personnes accueillies	oui surtout les projets (PTSM) où je participe
8 : Uniopss	S'appuyer sur la psychiatrie certes mais aussi sur les autres acteurs/dispositifs en santé mentale (les psychologues, les addictologues etc.)
12 : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille - EPSM Lille métropole	Les CLSM inscrivent spécifiquement dans leurs actions ce que cette proposition énonce.
13 : UNAFAM	Il manque avant ou après cette proposition l'importance de la prévention... la grande précarité n'est pas une fatalité pour les personnes avec des troubles psy

	Une attention aux facteurs "précipitants" pourrait faire l'objet d'une proposition: - pathologie duelle (avec conduites addictives) - rupture de soins - rupture de droits - logement sans stabilité, sans abrisme - perte des repères familiaux
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Au-delà de l'aspect partenarial, associer les acteurs de la grande précarité à la définition et mise en place des mécanismes d'orientation vers la psychiatrie Pas seulement les organismes gestionnaires de structure, également un champ représentatif des acteurs du secteur AHI, notamment les maraudes / samu sociaux qui oeuvrent directement à la rue et participent au repérage des personnes en situation de rupture de soins Il manque dans ce chapitre une focale sur la prévention. Des exemples de plateforme territoriale de prévention en santé mentale existent et permettent de fluidifier les parcours des personnes concernés par la reco. Autre point fondamental : la sectorisation. Nous soutenons pleinement la reconnaissance du lieu de couche et du bassin d'habitudes de vie de la personne en errance, comme base de sectorisation.
16 : ANAP	En lien avec la proposition 27 au-dessus, l'exemple de Relayaz à la Réunion. (cf.fiche jointe) Indispensable dès la sortie du dispositif de soin sinon, c'est le retour assuré via les urgences et les soins sans consentement.
17 : Syndicat National des Psychologues	L'état de la psychiatrie et de la psycho-psychiatrie ne peut garantir pour tous publics; précaire ou non des prises en charge rapide et de proximité depuis déjà quelques années...

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 : & middot; 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 : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.28

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	4	10	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	16.67	22.22	55.56	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
4 : ADESM	Concernant l'encart relatif au partage d'information : on peut regretter que la présentation ne soit pas plus incitative au partage d'information, compte tenu des pratiques actuelles (très peu d'échanges d'informations et méconnaissance large des possibilités offertes par la réglementation) et surtout de leur impact très défavorable sur le parcours des personnes (majoration des ruptures) et sur la confiance entre professionnels (rancœur et malentendus +++ devant les refus de donner de l'information permettant de comprendre les décisions prises par le

	partenaire). Par ailleurs, il serait utile de citer in extenso la phrase du décret : "Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne", la notion d'intérêt de la personne, aussi importante soit-elle, risquant de ne pas recouvrir une interprétation univoque.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Pourquoi user de l'euphémisme "besoins en santé psychique" pour parler des troubles psychiatriques et des maladies mentales? D'une façon générale, comment accepter la légèreté avec laquelle les auteurs de l'argumentaire et des recommandations utilisent indifféremment les termes santé mentale, santé psychique, souffrance psychique, besoin de santé psychique, troubles psychiques et trouble psychiatrique sévère comme si ces termes étaient interchangeables avec il est vrai l'avantage, pour les profanes, de rendre le diagnostic accessoire voire superflu?
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Une schématisation simple des différents acteurs pourrait aider tout professionnel ou usager à visualiser ce qui existe en terme de ressource possible. Sa déclinaison par territoire et proximité est au cœur de l'amélioration continue de l'identification à un temps T des acteurs et organisations du moment (beaucoup d'acteurs et des modalités d'organisations à géométrie hétérogène selon le moment (mise en lien reposant trop souvent sur les individus et le "réseautage informel"
10 : Fédération Santé Habitat	Oui mais quel périmètre? GHT? départemental? autre? Et quelles instances de régulation?
13 : UNAFAM	idem que précédemment un volet prévention indiquant une responsabilité populationnelle des acteurs serait pertinent
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Proposition intéressante, mais la question d'une institution qui serait reconnue comme ayant un « rôle pivot » serait un plus, tant les coordinations existent et se superposent. A adosser à une commission éthique qui permette de travailler plus en profondeur les question de renvoi de responsabilité entre institutions. Qui? SIAO? Département, au sens de « chef de file de l'action sociale » prévu par le CASF? A voir, mais cela mérite de se questionner, pour mieux articuler l'ensemble des dispositifs (DAC, GU, ITTP, ...) et ainsi travailler, donc éviter, les « effets d'éviction » ou « de paliers » que rencontrent les publics.
16 : ANAP	C'est l'objet des Projets territoriaux de santé mentale. Il est dommage que la structuration juridique des dispositifs mixtes (interchamps) soient si compliqués et si lourds à mettre en œuvre.

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 : 0

Valeur minimum : 1

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	1	0	0	0	0	0	2	2	13	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 %	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	11.11	11.11	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	Et de les renforcer là où elles sont présentes tant les manques peuvent être préjudiciables à l'ensemble des acteurs
4 : ADESM	Sur les EMPP, cf remarque supra : il est impératif de structurer des relais de prise en charge des personnes accompagnées par une EMPP, celle-ci n'ayant pas une mission de prise en charge sur la durée.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Proposition qui pêche une nouvelle fois par défaut d'ambition. IL EST RECOMMANDE DE RENFORDER LES EQUIPES DE C.M.P., de façon à

	ce qu'elles puissent développer leur mobilité. Rappelons que certaines d'entre elles ont dû se replier sur le travail au C.M.P. par diminution de leurs ressources, et qu'actuellement des ressources humaines sont prélevées tous les jours sur les équipes de CMP pour étoffer les équipes d'hospitalisation. (Et ceci en particulier par ce que les administrations hospitalières ont enregistré que la certification HAS porte d'abord sur l'hospitalisation!)
6 : Conseil National des personnes accueillies	absolument important
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Pourquoi pas, mais attention à conserver le rôle d'EMPP qui facilitent et dénouent les liens entre la personne et le droit commun. Donc fluidifie le lien et restaure la confiance entre tous (personne / secteur / hopital / ville et structure d'AHI) Attention au développement des EMPP qui deviendraient des structures « à demeure » dans les structures, donc reconnaissant de fait que ces dernières deviennent des substituts des unités de « chroniques ».
16 : ANAP	oui, mais aussi les missions de case management (cf. commentaire proposition 14)

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 : 4

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	0	0	0	1	1	0	1	4	11	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	5.56	5.56	0.00	5.56	22.22	61.11	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 %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
1 : COLLEGE NATIONAL POUR LA QUALITE DES SOINS EN PSYCHIATRIE	une place doit être pensée pour les psychiatres exerçant en libéral prenant en charge ces patients, souvent dans le cadre d'hospitalisation initialement
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	oui mais aussi des formations communes, croisées des personnels, favoriser aussi les stages croisés de découverte réciproque. Peut-être aussi mentionner aussi les CRP (centres régionaux psychotraumatismes) , les psychotraumas étant à l'entrecroisement psychiatrie/précarité/addictions... Projet en cours CN2R/Fédération Addiction
4 : ADESM	La présentation est un peu "fourre tout". On pourrait distinguer par exemple : - La nécessité d'un partenariat clair et spécifique entre les secteurs de psychiatrie et les EMPP et PASS s'agissant des personnes en situation de précarité - la nécessité d'un partenariat spécifique entre les secteurs de psychiatrie et les

	acteurs sociaux du champ de la précarité et de l'exclusion (CHRS, centres d'hébergement d'urgence, résidences accueil, accueils de jour....), les acteurs médico-sociaux étant généralement moins en première ligne (les personnes admises en ESMS sont généralement détentrices de droits et d'une modalité de solvabilisation de leur séjour, donc sorties de la "grande précarité"). - La nécessité d'un partenariat addictologie/psychiatrie non spécifique aux personnes en situation de précarité, de même que la structuration de l'accès à un avis psychiatrique pour les professionnels des soins primaires. Vous citez des contacts téléphoniques, mais très souvent ces contacts s'organisent efficacement par messagerie sécurisée.
6 : Conseil National des personnes accueillies	c'est essentiel
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	ces modalités sont à cibler car on en mesure la plus value. Mais il convient de regrouper les éléments pour éviter de redire les mêmes principes sous des déclinaisons de même contenu
10 : Fédération Santé Habitat	"Des interventions de psychologues dans le cadre des maraudes associatives auprès des personnes vivant en campement ou à la rue" : psychologues ou infirmiers psy, ou psychiatres
13 : UNAFAM	pour qu'il y ait - Des réunions d'analyse de pratiques entre les médecins et infirmiers libéraux et les acteurs de la santé mentale.....il faut qu'il y ait des budgets . la proposition ne serait elle pas de valoriser les réunions d'analyse en permettant leur cotation
14 : Croix-Rouge française	Il faut préciser que les patients peuvent ne pas relever du secteur patients dit au « domicile indéterminé » cf exemple région parisienne https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-03/Covid19-Doctrine-Personnes-SDF-avec-maladie-psychiatrique-30-recommandations-ARSIDF.pdf page Il sera complexe de nouer des partenariats avec des CMP Le reste dépend des ressources actuellement en très grande tension de la psychiatrie
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Il est également recommandé d'établir des conventions de partenariat visant au signalement des personnes ou à la mise en place d'intervention conjointes EMPP / Maraude et samu sociaux sur les lieux de vie des personnes besoin de mobiliser aussi les acteurs de la protection juridique des majeurs qui sont parfois un maillon difficile à mobiliser dans l'environnement des personnes intervenant autour de la personne
16 : ANAP	Cette recommandation peut trouver un point d'ancrage dans le cadre des CLSM
17 : Syndicat National des Psychologues	en garantissant un cadre éthique et déontologique nécessaire. Le partage des informations doit être "strictement nécessaire à la mission " qui est déployée à l'égard de la personne. Trop souvent ces garanties ne sont pas suffisamment rappelées

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 : 1

Valeur minimum : 8

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	0	0	0	6	10	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	35.29	58.82	5.88

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
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	Encore une fois en incluant systématiquement les acteurs sociaux et médicosociaux
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	idem : mentionner CSAPA/CAARUD
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Un des deux textes évoque les "Résidences accueil". Celles-ci sont encore méconnues et peuvent rendre de grands services aux patients sortant d'hospitalisation psychiatrique. Peut-être méritent-elles d'être citées explicitement dans la proposition 30?
6 : Conseil National des personnes accueillies	c'est essentiel la coordination de tous les acteurs médico-sociaux, départements et communes
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	même remarque que ci-dessus.
8 : Uniopss	Remplacer "sanitaire" par "de santé" (le terme "sanitaire" exclut le médico-social, tout aussi central dans l'accompagnement en santé)
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Mais ces instances partenariales doivent se réunir + régulièrement ou associer + étroitement un panel d'acteur, en premier lieu les SIAO et/ou coordination locale des maraudes samu sociaux. > il existe encore trop d'accords bilatéraux garantissant entre acteurs "historiques" une collaboration localement, ou du fait de fonctionnements conjoints (ex. dans le cadre de résidence accueil) --> l'ensemble du périmètre AHI doit être concerné De +, les ARS devraient être présentes dans les coordinations AHI portées par les DDETS, et inversement acteurs du secteur AHI + DDETS invitées dans les coordinations locales car les acteurs se méconnaissent (+ ou - selon les territoires)

	Idem question 28. Qui est pivot? comment se traitent les renvois de responsabilité, l'errance par l'absence de solutions à proposer?
16 : ANAP	Compte tenu de leur rôle, il faudra évaluer les PTSM en cours et préparer les PTSM de 2ème génération autour de ces recommandations.
17 : Syndicat National des Psychologues	La constitution de réseaux demandent beaucoup de temps et des relais humains organisés pour qu'une personne qui part ne fasse pas effondrer le travail du réseau ce qui est fréquent. Du temps de délégation, des créations de postes sont nécessaires.

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 : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

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	0	0	4	12	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	23.53	70.59	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Principes probablement valables dans le champ de l'accompagnement social. Ces principes ne sont pas ceux qui organisent la prévention, les soins, les traitements et la réinsertion en psychiatrie.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui c'est très important comme c'est décrit
7 : CONSEIL NATIONAL	Ces principes sont de base. Ils ont déjà été annoncés dans les propositions

PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	ci-dessus, notamment autour de l'aller vers et le rester avec. En faire un focus pour éviter d'avoir à formuler plusieurs propositions de contenu similaire.
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Tout à fait d'accord pour cette proposition, mais attention à la réelle association des parties prenantes à l'élaboration du plan de crise notamment. La question d'un travail conjoint EMPP / AHI / Hopital est nécessaire, notamment pour éviter les SPDT. L'expérience et le retour des EMPP montre que les périodes d'observation plus longue sont utiles pour permettre les prises en charge. Pourquoi pas proposer un plan de crise de 72h à l'hôpital

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 : 1

Valeur minimum : 6

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	0	1	0	4	12	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	5.88	0.00	23.53	70.59	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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	préciser : en recueillant la (les) demande(s) des personnes et en construisant sur cette base le projet d'accompagnement avec elles
5 : Fédération Française de Psychiatrie	OK pour les deux premiers alinéas= 6/9 Le troisième alinéa ??? Open bar???
6 : Conseil National des personnes accueillies	En étant disponible pour échanger, écouter, en assurant une continuité des interlocuteurs. Souvent pas pris en compte donc à veiller sur ce sujet
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	même remarque que ci-dessus
10 : Fédération Santé Habitat	Comme toute autre personne rencontrée en maraude CF Charte éthique et maraude
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Insister sur la temporalité d'accompagnement, dont le tempo doit venir de la personne.

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 : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.40

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	0	0	0	3	11	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	6.25	0.00	0.00	0.00	0.00	18.75	68.75	6.25

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 %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
4 : ADESM	Il serait intéressant de recommander la formation aux PSSM des professionnels chargés d'accueil dans les administrations.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Vœu pieux?

6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui tout à fait afin de ne pas les décourager
8 : Uniopss	Intégrer un pair-aidant dans l'équipe d'accueil est un atout pour favoriser la confiance
10 : Fédération Santé Habitat	CF Charte éthique et maraude
14 : Croix-Rouge française	Un premier accueil ne permettra pas une rencontre et l'adhésion de la personne accueillie Cette phrase pourrait être vécue comme stigmatisante par les professionnels
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Y compris parfois dans les services hospitaliers, type urgences Préconisation essentielle

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 les temps d'attente.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.95

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	1	0	2	0	1	2	11	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	5.88	0.00	11.76	0.00	5.88	11.76	64.71	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Pour le sanitaire, truisme.= 5/9
6 : Conseil National des personnes accueillies	absolument car c'est très difficile pour eux et les temps d'attente sont stressants
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	bonne intention qui est requise pour tout public accueilli même si on comprend l'idée de souhaiter "accrocher" la personne quand l'ouverture est optimale. On s'attend à ces principes d'accueil et de convivialité, sans stigmatisation pour un public ou un autre.
10 : Fédération Santé Habitat	"locaux conviviaux, accueillants" ? Sécurisants oui !
14 : Croix-Rouge française	Il y un risque d'injonction paradoxale au regard des moyens dont sont pourvus les structures

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 : 1

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	0	1	3	12	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	5.88	0.00	5.88	17.65	70.59	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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Pour le sanitaire, truisme.= 5/9
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui même si ce n'est pas toujours respecté par les professionnels: l'intimité de son chez soi
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Principe de base pour la création du lien d'aide et/ou de soin. Intérêt de questionner ce qui prévaut la nécessité entrevue de le rappeler dans ce contexte spécifique. Pointer les attentions spécifiques pourrait avoir davantage d'impact sur les professionnels moins avertis à l'accompagnement de ces personnes en grande précarité et troubles psychiques.
10 : Fédération Santé Habitat	"il est recommandé d'accorder une attention particulière au respect des lieux et des « chez-soi » des personnes = ne pas être intrusif y compris sur l'espace public (si la personne est à la rue avec un bout de trottoir aménagé par exemple
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Ajouter ne pas être intrusif, quel que soit le lieu de vue de 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 : 1

Valeur minimum : 7

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	0	0	1	4	12	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	5.88	23.53	70.59	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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	"sans attendre une démarche de leur part, pour recueillir leurs éventuelles attentes ou demandes et pour évaluer et proposer..."

	Rôle possible également des dispositifs mobiles CAARUD (équipes de rue, PES : "programmes échanges de seringues " en squats par exemple)
4 : ADESM	C'est indispensable. Les professionnels en question doivent impérativement être formés à l'approche orientée rétablissement (horizontalité, prise en compte des priorités de la personne).
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	notion d'aller vers essentiel dans ce contexte dont il convient d'aider à en appréhender les différentes facettes pour soutenir la dynamique relationnelle spécifique
8 : Uniopss	Cela implique également de renforcer les ETP en CMP et dans les EMPP (donc des financements de la part des pouvoirs publics à renforcer)
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Associant maraudes et samu sociaux sur les départements pour veiller à la coordination et cohérence des interventions (dimension de coordination cf 28)

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 : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.32

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	1	12	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	12.50	0.00	6.25	6.25	75.00	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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	aller-vers (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) : c'est notamment en addicto avec la RDr que l'aller-vers s'est historiquement développé
5 : Fédération Française de Psychiatrie	La notion de "première ligne généraliste", inspirée du vocabulaire militaire, n'est-elle pas une vue de l'esprit?
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	le repérage est l'affaire de tous, les typologies d'orientations selon les besoins identifiés sont plus complexes à appréhender d'où l'intérêt d'outil(s) simplifié(s) aidant à s'y repérer (schématisation - algorithme par exemple)
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Pas d'avis sur les GIP et GCSMS mais bien entendu favorable à coordination et cohérence des interventions

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 : 1

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.88

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	14	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	11.76	82.35	5.88

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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Logique évoquant l'action humanitaire.
6 : Conseil National des personnes accueillies	oui tout à fait pour l'urgence
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Tout est juste dans ces affirmations successives. Dans tout contexte de soins donc a fortiori dans celui-ci A regrouper le quoi, quand, avec qui, où
10 : Fédération Santé Habitat	Parmi les soins urgents : psychotraumatismes
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Notamment, le cas échéant, des services d'urgence que sont le 15 et le 18, voire le 17

	--> sur les situations de santé mentale, les opérateurs 15 et 17 se coordonnent difficilement, voire se renvoient la balle, et transfère régulièrement sur l'équipe de maraude / samu social, la responsabilité de coordonner l'intervention des secours. Sauf signalement très limpide de mise en danger de soi (15) ou envers d'autres (17), les deux services se renvoient souvent la balle au lieu d'intervenir conjointement, alors que les situations signalées sont rapidement si limpides et se cumulent à des difficultés de communication ou de compréhension de la personne. Attention aussi à ne pas verser dans la logique « l'humanitaire ». Volonté de la personne en premier. La non demande est à respecter.
17 : Syndicat National des Psychologues	Il faut que la notion d'urgence soit entendue comme telle par tous : urgence vitale ; de survie alimentaire ; urgente de mise à l'abri déjà plus subjective ; l'urgence psychiatrique nécessite déjà une évaluation plus spécialisée ;

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 questionnement au contexte des rencontres (lieux, situation de la personne au moment du questionnement) et aux compétences des professionnels.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

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	0	1	0	1	3	11	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	6.25	0.00	6.25	18.75	68.75	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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Il est possible que ce type de découpage puisse aider à structurer l'accompagnement social.= 5/9 "la personne, qui est la mieux placée pour identifier ses besoins prioritaires" :irréaliste en psychiatrie. De façon générale l'analyse des problèmes par saucissonnage des besoins n'a pas fait ses preuves en psychiatrie.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Très important que la situation ne soit pas diffusée
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	même remarque que ci-dessus. Ces principes sont ceux enseignés et attendus dans nos pratiques notamment d'acteurs de santé en général et d'acteurs dans le champ de la santé mentale en particulier. La mise en évidence de ces principes dans ces recommandations vise quelle finalité ? Intérêt de regrouper notamment sous la forme de la proposition 40. Pointer les focus spécifiques "incontournables" dans ces contextes de précarité (situation à risque - situation aigue - situation déjà bien "installée")
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Se pose ici la question de la personne en urgence vitale et assistance à personne en danger.
17 : Syndicat National des Psychologues	l'état de certaines personnes ne permet plus une identification adaptée par la personne elle-même de ses besoins.Se pose ici la question du droit au refus de soin et de la nécessité de l'assistance à personne en péril.

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 : 1

Valeur minimum : 4

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	1	0	1	1	3	11	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	5.88	0.00	5.88	5.88	17.65	64.71	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	une évaluation "addictologique" semble également indispensable au regard des arguments évoqués en introduction.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Premier alinéa du 5°§, les pair-aidants avant les professionnels???
6 : Conseil National des personnes accueillies	Tout est dit et bien décrit pour le respect de la personne
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	La forme des libellés de ce descriptif est pragmatique, à privilégier

15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Plutôt d'accord mais insister sur le respect le + strict de la recommandation précédente, dans le respect des compétences de chacun et dans le respect du cadre RGPD Bien d'avoir souligné l'interdisciplinarité, avec une égale parole.
--	---

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 : 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	0	1	2	12	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	6.25	0.00	6.25	12.50	75.00	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
4 : ADESM	Remarque concernant l'encart sur le Chez soi d'abord : les pairs aidants en France ne sont pas tous "médiateurs de santé pairs", cette dernière appellation ne s'appliquant qu'aux diplômés de la licence éponyme portée par l'université Paris XIII. On parle indifféremment de pairs aidants ou de travailleurs pairs.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Deuxième alinéa du 2°§: ne convient pas pour l'hébergement protégé organisé par la psychiatrie (appartements thérapeutiques, foyers de post-cure, appartements associatifs, etc...)
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	factuel

8 : Uniopss	L'accès à l'hébergement et au logement ne doit pas être conditionné non plus à un arrêt des éventuelles consommations de substances psychoactives (alcool, drogues etc.)
10 : Fédération Santé Habitat	Se pose toujours la question des moyens
13 : UNAFAM	mais n'est ce pas un vœux pieux il faut aussi rappeler le principe de réalité aux personnes et déculpabiliser les travailleurs sociaux
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Il convient dans tous les cas de proposer une solution de logement associant un accompagnement adapté Il convient de développer, pour ce faire, les dispositifs d'accompagnement dans le logement associant professionnels de santé mentale Peut être envisager le développement de moyens comme ceux du UCSA à l'ensemble des acteurs de l'AAH pour permettre ce relai de l'hôpital vers le logement direct ? Avec une forme d'AIVS dédié par territoire?
17 : Syndicat National des Psychologues	Sans volonté politique réelle, ce constat devient récurrent depuis des années

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 : 1

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	0	0	1	4	11	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.88	23.53	64.71	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
1 : COLLEGE NATIONAL POUR LA QUALITE DES SOINS EN PSYCHIATRIE	bien définir dès que possible
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	oui et tout particulièrement des psychothérapies brèves et centrées sur les psychotraumas (cf. notre article sur comorbidités psy et addicto chez des jeunes femmes à la rue)
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Flou de la définition des approches psycho-sociales : relaxation et psychothérapies ne sont pas à mettre dans le même sac.
6 : Conseil National des personnes accueillies	tout à fait d'accord

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 : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

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	4	11	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	11.76	0.00	0.00	23.53	64.71	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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	merci de mentionner enfin la question du trauma mais cela aurait pu (dû) être fait plus tôt...
4 : ADESM	Il est aussi utile et important de rappeler les rendez-vous en s'adaptant aux possibilités et outils de communication de la personne (SMS, appel téléphonique..). Enfin, il est important de ne pas juger et stigmatiser l'absence à un rendez-vous et mettre en place une démarche de recontact.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Pour le sanitaire, truisme.= 5/9
6 : Conseil National des personnes accueillies	la participation de la personne sur tout sujet est important
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	le début de la 1ère phrase est à reformuler. Les interventions, le suivi et l'accompagnement interviennent dès la situation d'urgence y compris sans "lieu de vie adapté trouvé".
8 : Uniopss	Pour le renforcement des connaissances sur les psychotraumatismes, prévalents chez les personnes en situation de grande précarité, des formations sont proposées par les Centres régionaux du Psychotraumatismes, qui se développent depuis 2020 (voir le site internet du Centre national de Ressources et de Résilience pour plus d'informations)

	Sur la participation concrète des personnes, voir le guide "Participation des usagers" publié par la Fédération Addiction en 2019 : https://www.calameo.com/books/005544858114749da9a98
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Il est effectivement recommandé de prolonger l'accompagnement après entrée dans le lieu de vie Il est toutefois recommandé de veiller, avec l'accord de la personne, à ce que le relais soit rapidement assuré par le droit commun à l'admission dans le lieu de vie si la personne en est d'accord, que le prolongement de droit commun ne soit pas un palliatif à l'absence de relais de droit commun Mettre bien en avant la question de la prévention et de l'outillage / formation sensibilisation des professionnels des deux secteurs, aux contraintes et connaissance de l'autre En clair : former / sensibiliser les pro de l'AAH aux questions de santé mentale // des professionnels du soin aux questions du non recours. Imaginer des temps immersifs?

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 : 1

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	1	0	0	2	13	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	5.88	0.00	0.00	11.76	76.47	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	oui et notamment la question du tabac... Intégrer RDR, prévention et soins !
5 : Fédération Française de Psychiatrie	trop souvent négligée par les personnes présentant des troubles psychiques sévères.
6 : Conseil National des personnes accueillies	oui très important afin de mettre des automatismes pour la personne
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Principes requis MAIS déjà dit précédemment

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 : 1

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	0	0	3	13	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	5.88	0.00	0.00	17.65	76.47	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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Probablement adéquat dans le champ de l'accompagnement social.=5/9 Si le rétablissement est une nouveauté dans le champ médico-social, il a été précédé dans le champ sanitaire et en particulier psychiatrique par la réadaptation, la réhabilitation et la réinsertion.

10 : Fédération Santé Habitat	Projet personnalisé de la personne
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Bonne manière d'appliquer les principes de la loi 2002-2

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 : 1

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	2	0	1	3	11	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	11.76	0.00	5.88	17.65	64.71	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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Vulgarisation psychiatrique à l'usage du champ de l'accompagnement social.=5/9 Il faudrait expliciter pourquoi "personne fragilisée" est préféré ici à "personne fragile".
6 : Conseil National des personnes accueillies	les allers retours sont très importants afin qu'il reprenne tout au début
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	principes requis mais déjà dits
10 : Fédération Santé Habitat	Mais avec le risque d'un retour immédiat pas possible en fonction des places disponibles ou pas
13 : UNAFAM	attention 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. ceci n'est pas valable uniquement pour les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques mais pour toutes les personnes présentant des troubles psychiques
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Parfaitement d'accord. Recommandation essentielle A voir comment outiller / accompagner les maraudes bénévoles pour permettre d'accompagner les personnes qu'elles rencontrent pour aller vers un relai pro qui pourra faire ce travail. A reprendre dans la question des coordo ?

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 : 1

Valeur minimum : 1

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	1	0	0	0	0	0	1	3	12	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.88	17.65	70.59	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	Aussi pour la prise de traitement
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Les CMP desservant des secteurs ruraux doivent avoir les moyens (temps technique, véhicules, téléphones mobiles, ...) de le faire. Encourager la création de doublons est-il de la saine gestion?
6 : Conseil National des personnes accueillies	important l'offre ambulatoire aux personnes éloignées des soins

7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	principes de base. Mise en place de modalités se déplaçant vers bienvenues dans ce contexte comme pour d'autres typologies nécessitant d'optimiser les offres de soins de proximité
10 : Fédération Santé Habitat	Ok c'est du ressort de quelle instance ?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Plutôt d'accord pour les permanences EMPP/CMPP mais prévoir aussi le maintien y compris par le biais de "maison de services" dans les territoires ruraux Et veiller à la continuité des liens entre intervenants sociaux / professionnels de santé mentale dans les territoires ruraux ou les maraudes / samu sociaux interviennent également

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 : 1

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	0	0	3	13	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	5.88	0.00	0.00	17.65	76.47	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
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	La proposition 49 suffit

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 : 1

Valeur minimum : 5

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	0	1	0	1	4	11	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	5.88	0.00	5.88	23.53	64.71	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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Pour le sanitaire, truisme.= 5/9
9 : ESPER Pro	Au sein de l'EMMP - MARSS, des professionnels de santé maîtrisant des langues étrangères furent recrutées (assistante sociale), leur statut professionnel devenant un atout pour l'équipe. Ils palliaient aux service d'interprétariat.
10 : Fédération Santé Habitat	Ok mais encore une fois : avec quels moyens ?
11 : ORSPERE-SAMDARRA	Sur l'interprétariat, expliciter les modalités de recours à l'interprétariat, la formation des interprètes et la sensibilisation des acteurs de terrain (santé et social) pour travailler avec interprète.
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Bonne pratique : dispositif de traducteur par tel qui sont mobilisables par les maraudes. A développer? Quels moyens ?

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 : 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	1	0	0	2	13	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	5.88	0.00	0.00	11.76	76.47	5.88

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
6 : Conseil National des personnes accueillies	ayant vécu avec des problèmes cognitifs, c'est important de le rappeler par tous les moyens
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	A regrouper avec d'autres points ci-dessus. La recherche de solutions spécifiques sur le territoire de proximité est à préconiser car selon le maillage et les moyens du territoire de proximité, ces modalités de stockage peuvent être organisées avec différents acteurs.

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 :

- 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.
- 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 communauté 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.
- 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 : 1

Valeur minimum : 8

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	0	3	14	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	17.65	82.35	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
6 : Conseil National des personnes accueillies	Actuellement beaucoup de départements, villes associations savent l'enjeu du sujet
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	principe requis pour différents publics
14 : Croix-Rouge française	Le rappel de la fracture numérique doit être mis en balance d'un accueil physique. https://www.senat.fr/rap/r19-711/r19-711-syn.pdf https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2022/01/28/les-jeunes-francais-victim

	es-insoupconnees-de-la-precarite-numerique_6111324_4355770.html https://emmaus-connect.org/exclusion-numerique/
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	recommander aussi de permettre aux personnes d'accéder "à nouveau" à leurs documents en cas de perte ou de vol par la permanence d'espace numérique ou la possibilité pour les intervenants (dans le respect RGPD) de rééditer des documents selon leurs périmètres d'intervention --> sommairement, permettre à la personne, par exemple accompagnée par une maraude, de récupérer un document sur simple présentation et justification d'identité dans un guichet, éviter les mécanismes appel téléphonique impossible de justifier de son identification car se fait par code etc. Note sous réserve de ne pas créer des "guichets dédiés". Bien rester dans la logique d'accès aux guichets de droit commun

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 : 2

Valeur minimum : 5

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	0	0	0	0	2	0	1	2	9	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	12.50	0.00	6.25	12.50	56.25	12.50

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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Vous connaissez la blague: Offrez un portable à vos malades qui entendent des voix, ils ne donneront plus l'impression de parler tout seuls dans la rue. C'est donc au service de la déstigmatisation, c'est bien ça?
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	le principe est louable. Dans les modalités de mise en oeuvre opérationnelle envisagées (notamment pour la dotation d'un téléphone portable), les bénéfices-risques connus sont à prendre en considération (vie dans la rue, possibilité de recharger, ...) L'accès facilité dans des lieux ciblés reste à rendre visible quand cela est déjà organisé ou quand cela le sera
10 : Fédération Santé Habitat	Cela signifie quoi ? (accès à un téléphone portable, comment ?)
13 : UNAFAM	il pourrait ici y avoir un additif sur la nécessité d'accompagner les personnes dans l'usage du numérique on le retrouve dans la proposition 54
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Bien souligner les difficultés d'accès au 115 avec la multiplication des opérateurs, dont certains oublient que c'est un numéro gratuit..

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 : 1

Valeur minimum : 8

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	0	0	3	13	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	17.65	76.47	5.88

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
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui c'est très important afin d'éviter l'isolement
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	cette recommandation paraît davantage opérationnelle que la 52
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Le favoriser aussi dans les lieux publics (bibliothèques gares...)

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 : 1

Valeur minimum : 7

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	0	0	0	2	5	9	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	11.76	29.41	52.94	5.88

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
6 : Conseil National des personnes accueillies	rejoint le commentaire 51
12 : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille - EPSM Lille métropole	Il apparaît également utile de reconnaître et de soutenir les effets bénéfiques de l'usage des nouvelles technologies et/ou du numérique pour le maintien ou le maillage d'un tissu social, décidé par l'utilisateur en fonction de ses besoins. Il apparaît également pertinent de former les professionnels à l'identification des ressources et informations utiles à communiquer : ex Solinum.org etc.

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 : 1

Valeur minimum : 8

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	0	0	5	10	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	29.41	58.82	11.76

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
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Sans stigmatiser les personnes fragilisées, c'est un risque avéré A croiser avec les 4 propositions de recommandations ci-dessus
10 : Fédération Santé Habitat	Ok mais comment ? on ne peut guère faire grand chose si ce n'est de l'information préventive

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 : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.12

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	0	2	3	11	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	11.76	17.65	64.71	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	mentionner le 3114
4 : ADESM	Il est très important de développer les mesures d'anticipation (DAP/plans de crise), dans le cadre d'une démarche de nature psychoéducative. Le rôle de la personne de confiance est également capital. Par ailleurs, en cas de signe de crise, l'équipe sociale doit pouvoir contacter l'équipe psychiatrique référente afin d'obtenir une prise en compte et une réponse adaptée à la nature de l'alerte (conseils/guidance, rdvs rapproché au CMP, mobilité dans la structure). Dans tous les cas, les urgences doivent rester un DERNIER RECOURS.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Le § 3.. est à ré-écrire en totalité. Le découpage entre situations de crise et troubles psychiques sévères est une litote. L'absence d'évocation de la ressource que sont les soins sans consentement défie le bon sens. L'évocation d'une psychiatrie à contre-emploi est pittoresque. Le terme d'hospitalisation séquentielle est préférable à celui hospitalisation séquencée.
9 : ESPER Pro	Des dispositifs innovants ont vu le jour tels que "les appartements d'urgence " crée a l'époque par l'EMPP - MARSS ou le lieu de "répit " qui est une alternative à l'hospitalisation.
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Accord ++ sur les consultations avancées Familiariser les acteurs professionnels et bénévoles au fonctionnement des urgences psychiatriques, pas seulement risque de suicide Etendre le périmètre d'intervention des services d'urgence et/ou clarifier le rôle des acteurs ("la crise est passée, pas d'intervention", "il y a incohérence / agressivité mais pas de danger vital" = pas d'intervention) --> les intervenants professionnels comme bénévoles, dans le social, ont parfois le sentiment qu'il faut attendre le passage à l'acte pour déclencher l'intervention des secours ; nécessité d'être accompagnés sur ces sujets --> nous sommes d'accord sur ce qui est énoncé, mais besoin de davantage de

	recommandations sur les situations de crises, constatées à la rue, en hébergement ou autres forme d'habitat, les maraudes / samu sociaux sont fortement exposées et souvent démunies (cf. commentaire précédent sur les situations d'appels aux secours), voire souvent seules par défaut d'interventions des secours ou de relais adapté (en soirée, en week-end par ex., notamment dans l'immédiateté) auprès des services de santé mentale --> les situations de rupture émanent généralement de situations de crise au sein de services sociaux sans possibilité de recours immédiat aux dispositifs de santé mentale ; les recommandations sur le maintien et le retour dans les dispositifs sociaux sont évidemment soutenues mais ne se suffisent pas à elles-mêmes pour garantir la continuité des séjours (ex. travailler la continuité des séjours dans différentes structures avec les SIAO, organiser des "séjours de répit" en psychiatrie, envisager des dispositifs médicalisés type LHSS/ACT en alternative à la psychiatrie) + des interventions conjointes en soutien des professionnels des établissements sociaux, face à la personne en situation de crise Plaider SVP pour que les EMPP puisse avoir un accès aux urgences en cas de crise, avec possibilité d'une phase d'observation au delà des 6h réglementaire. Les décompensations sont souvent au-delà de ce créneau Prévoir le standard des 72h d'observation ?
--	--

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

- 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 : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

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	5	10	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	5.88	5.88	0.00	29.41	58.82	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
4 : ADESM	La rédaction proposée ne permet pas de savoir clairement qui est censé faire quoi dans chaque segment de phrase entre la psychiatrie et les acteurs sociaux. Si les attentes concernent les deux types d'acteurs, il conviendrait de le mentionner, afin d'éviter toute ambiguïté. Par ailleurs, la recommandation "de ne jamais faire intervenir un professionnel seul" n'est pas motivée. Sur quoi s'appuie-t-elle ? Plutôt que "d'aval" de l'hospitalisation, il serait plus simple de parler de la sortie d'hospitalisation et de préciser qu'elle doit être préparée le plus tôt possible avec la personne et ses accompagnants. Dans tous les cas, si la personne est hébergée (en CHRS,...), la structure doit être prévenue de la sortie d'hospitalisation afin de pouvoir prendre les dispositions nécessaires, notamment assurer présence de qqn pour accueillir l'utilisateur.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Préconisations probablement utiles dans le champ de l'accompagnement social. Quelle tristesse de ne pas voir cités les principes de la psychiatrie de secteur dont tout ceci s'inspire pourtant!
6 : Conseil National des personnes accueillies	associer la personne ou famille est très important
11 : ORSPERE-SAMDARRA	Développement des SAS (services d'accès aux soins) avec la présence de la psychiatrie ou des plateformes téléphoniques (comme celle de Live au Centre Hospitalier Le Vinatier peuvent être d'une grande aide pour l'évaluation et l'orientation en situation d'urgence).
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Garantir la place d'hébergement pour permettre le retour en sortie d'hospitalisation Mais aussi anticiper les sorties d'hospitalisation sans solution d'hébergement 2 suggestions : 1/ Pourquoi ne pas suggérer que des MSP puissent se développer, intervenir avec les équipes des Samu Sociaux et dans l'hôpital ou le CMP ? Une sorte de ressource partagée qui assure le lien et l'accompagnement de la personne dans toutes les étapes de la question de la crise. En clair : de la définition du plan à l'hospit et au retour dans l'hébergement, etc. 2/ évoquer ici l'intérêt des parcours séquentiel entre psychiatrie et hébergement. Avec cette ressource partagée, cela pourrait bien fonctionner.

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 : 1

Valeur minimum : 6

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	0	0	0	1	0	5	11	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	5.88	0.00	29.41	64.71	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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	veiller aussi à la continuité des soins addictologiques (TSO, naloxone...) dans ces moments critiques, risques d'overdoses en sortie de prison par exemple.
4 : ADESM	Pourquoi ne pas citer les équipes mobiles fonctionnant sur un modèle ACT ou FACT (flexible assertive community treatment) qui sont en plein développement et permettent justement de sécuriser des sorties d'hospitalisation jugées à risque ? Souvent ces équipes rencontrent le patient avant sa sortie d'hospitalisation, puis, après décroissance de l'accompagnement, accompagnent un relais sur le CMP.
6 : Conseil National des personnes accueillies	la création d'un réseau est important ainsi qu'un suivi assez long
11 : ORSPERE-SAMDARRA	évoquer la question des détenus et de sortie d'incarcération
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Idem : souligner le rôle éventuel de MSP intervenant à l'hôpital et conjointement aux équipes mobile ayant un action en rue

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 : 1

Valeur minimum : 3

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	1	0	0	0	2	3	11	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	5.88	0.00	0.00	0.00	11.76	17.65	64.71	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Beau principe, mais concrètement?
10 : Fédération Santé Habitat	Qui doit le faire ? et après le repérage on fait quoi ?
13 : UNAFAM	voir précédemment cela peut être des sorties d'hospit pour maladie somatique ex cancers
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Possibilité de lien avec les Samu Sociaux pratiquant un travail d'accompagnement en journée

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 : 1

Valeur minimum : 7

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	0	0	2	2	13	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	11.76	11.76	76.47	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
6 : Conseil National des personnes accueillies	l'association de la personne est assez important du fait qu'il se sente autonome
17 : Syndicat National des Psychologues	La capacité d'anticipation n'est pas toujours accessible

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 : 8

Moyenne : 7.65

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	1	0	0	1	1	0	0	6	8	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 %	5.88	0.00	0.00	5.88	5.88	0.00	0.00	35.29	47.06	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 %	11.76	88.24

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	et lien avec CSAPA/CAARUD
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Manifestement exclusivement rédigé à l'intention des acteurs du champ de l'accompagnement social.=5/9 Une période limitée: inadéquat a priori pour les malades psychiatriques
6 : Conseil National des personnes accueillies	Un accompagnement devrait durer un an avec l'accord de la personne
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	les éléments sont bien ciblés. Une attention est à porter concernant cette notion de "période limitée". / s'inscrit dans un accompagnement aux modalités de réalisation à évaluer à périodicité définie, ce qui permet comme pour toute prise en soin de définir le projet thérapeutique/d'accompagnement, son suivi et son réajustement jusqu'à ce que la situation soit stabilisée pour permettre sa clôture (sortie du processus ou nouvelle phase à accompagner)
8 : Uniopss	Egalement des liens avec les Centres régionaux du Psychotraumatisme + avec les CSAPA et CAARUD, si nécessaire
10 : Fédération Santé Habitat	Ok avec un financement spécifique
17 : Syndicat National des Psychologues	C'est en contradiction avec ce qui est développé par ailleurs c'est à dire tenir dans le temps avec un public qui n'est pas dans une linéarité d'aide et pas dans les mêmes temporalités

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 : 8.59

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	0	0	3	13	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	5.88	0.00	0.00	17.65	76.47	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
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	Même si certains dispositifs sont organisés sur des durées d'accompagnement, renouvelable certes comme les LHSS, cela pose la question des injonctions paradoxales
6 : Conseil National des personnes accueillies	oui tout à fait
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	On comprend l'idée mais cela va avec la remarque ci-dessus pour 61 la périodicité d'évaluation est à définir sur les mêmes principes que tout contrat de soin, ce qui permet de réajuster, d'éviter de passer à côté de certains éléments ou de maintenir des interventions qui n'ont plus lieu d'être
9 : ESPER Pro	Tout le monde n'a pas la même temporalité.

10 : Fédération Santé Habitat	Ok même super mais il est indispensable que les instances de tutelle et de contrôle en soient bien informées également
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Sensibiliser les pouvoirs publics (DDETS notamment) sur ces sujets de continuité de l'accompagnement, dont les impératifs de fluidité du parc d'hébergement tendent au contraire à la réduction des durées de prises en charges et au développement de dispositifs ad hoc par catégories de publics / non inconditionnels qui séquent les accompagnements.

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 relai » au réseau d'aidants construit avec la personne.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 3

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	0	0	1	0	0	0	1	6	9	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	5.88	0.00	0.00	0.00	5.88	35.29	52.94	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Un idéal?
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	principe de base
10 : Fédération Santé Habitat	Coquille : ajouter un S à relais
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Ne passer le relais que lorsque le réseau d'aide est effectif

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 : · pour repérer ou dépister des comportements liés à des troubles psychiques ; · 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 :
 • respect de la confidentialité et secret professionnel ;
 • non-jugement ;
 • 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 : 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	0	0	1	4	11	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.88	23.53	64.71	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Inadéquat en psychiatrie. Ces tâches s'intègrent au travail des infirmiers en psychiatrie
6 : Conseil National des personnes accueillies	ou un patient expert, pair aidant
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	un des acteurs parmi d'autres La formulation de la deuxième puce "dans leurs efforts pour comprendre" est péjorative même si on en comprend l'idée, à reformuler. Le principe du recours et de l'intervention d'un médiateur doit être mieux connu. Le médiateur doit pouvoir être sollicité si besoin d'une médiation entre parties prenantes ou lorsque la situation avec la personne risque de s'enliser. Si on décrit les nouveaux métiers et nouveaux acteurs, il serait bienvenu d'avoir aussi un focus fait sur les autres acteurs intervenant en "routine" dont la démographie et les ratios autorisés doivent être pris en considération en parallèle, de fait
10 : Fédération Santé Habitat	Est-ce qu'il y a suffisamment de personnes formées ?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	De manière générale favorable à la pair-aidance, mais pas de consultation des adhérents FNSS sur le sujet à ce stade Pair-aidance qui doit de toutes façons être accompagnées, les recommandations qui suivent semblent tout à fait appropriées Le pair ne peut pas être l'unique professionnel de l'équipe. début d'expérimentation

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 : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.88

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	2	2	10	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 %	6.25	0.00	0.00	0.00	6.25	0.00	12.50	12.50	62.50	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 %	6.25	93.75

Expert	Commentaires
4 : ADESM	Rien à changer dans ce paragraphe !

5 : Fédération Française de Psychiatrie	La notion de "violence institutionnelle involontaire" est très scabreuse. Heureusement que les équipes se sentent responsables de ce qu'elles font (et ne font pas!). Elles n'ont pas attendus les pair-aidants pour s'interroger. De façon générale, l'apport éventuel des pair-aidants est à évaluer méthodiquement.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Tout à fait pour et réaliste puisque j'étais patient-expert ce qui a permis beaucoup de résultats positifs
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	le principe de pairs aidants intervenant dans les parcours de soins et de vie a fait ses preuves dans différentes problématiques de rupture de santé. Cette intégration doit s'opérer dans un projet construit avec les équipes référentes. Comme pour d'autres acteurs, les principes de formation entourant le témoignage d'expérience et l'écoute active restent requis. Pour la dernière puce, si pointer le fait de réinterroger les pratiques est toujours utile, le dernier bout de phrase est à supprimer (limitatif à ce que recouvre de fait la réinterrogation des pratiques et potentiellement stigmatisant)
8 : Uniopss	Le pair-aidant doit bénéficier d'une formation (diplômante ou non) et doit être rémunéré Il lui faut également être accompagné (le rôle de pair-aidant peut parfois être difficile voire douloureux et la personne ne doit pas être seule face à ses difficultés) L'équipe qui accueille un pair-aidant doit impérativement être sensibilisée et formée pour que l'intégration du pair-aidant se passe bien
9 : ESPER Pro	- Instaurer une relation davantage horizontale (Défocaliser d'une posture de "sachant" pour favoriser une expérience sensible plus qu'uniquement rationnelle) - Favoriser leur empowerment, leur recherche de soutien et le fait de proposer du soutien eux-même, le plaidoyer pour eux-même (Parler en son nom propre sans médiateur et savoir défendre ses intérêts) et leur responsabilisation. - Pratiquer le plaidoyer pour ses pairs. - Utiliser les temps informels - Partager une connaissance personnelle et pratique des structures sociales, de soin, etc.
12 : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille - EPSM Lille métropole	Ce point est majeur, et s'inscrit dans les dernières recommandations de l'OMS d'une part, et la feuille de route santé mentale et psychiatrie et ses préconisations françaises d'autre part. Cette proposition est également en accord avec la volonté politique actuelle de structurer ce métier de d'en reconnaître officiellement le statut.
13 : UNAFAM	Pour ces propositions sur la pair aideance n'aurait on pas intérêt à parler de la formation d eces pair aidants.... peut être pas tout à fait identique au pair aidant patient travaillant dans le sanitaire
17 : Syndicat National des Psychologues	Nécessite un encadrement des personnes "pairs aidants" et une formation pour éviter des difficultés potentielles. Sous quel statut seraient ces personnes ? Bénévoles ?? rémunérées en CDD ?

CDI ?

Quel niveau de responsabilité ? quels liens hiérarchiques dans une institution ?

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 : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.88

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	2	2	10	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 %	6.25	0.00	0.00	0.00	6.25	0.00	12.50	12.50	62.50	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 %	6.25	93.75

Expert	Commentaires
4 : ADESM	Idem
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Trop tôt pour que l'HAS soit aussi formelle. Possible que dans des contextes de pénurie grave de personnel, à défaut de possibilité d'embauche d'aide-soignants et d'infirmiers, ce soit un pis aller. A comparer avec des formations approfondies en psychiatrie des personnels.
6 : Conseil National des personnes accueillies	C'est un enrichissement pour les professionnels
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	A regrouper avec proposition 65 et 67 pour éviter les redondances
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Implication des pairs au même titre que les autres membres de l'équipe au sein de l'institution
17 : Syndicat National des Psychologues	manque le cadre dans tout cela peut ou non s'inscrire

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 : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.71

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	1	0	0	0	1	1	1	5	8	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	5.88	5.88	5.88	29.41	47.06	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	oui, cf projet européen HelpEx (dans le cadre Erasmus +) auquel nous sommes

	associés : https://www.help-ex.eu/
4 : ADESM	Peut-être nuancer, car intégrer deux pairs aidants dans une même équipe peut être difficile ou conduire à des temps de travail trop fractionnés ou réduits. Proposition alternative : - la participation du pair aidant à un espace de partage de pratiques entre pairs (au sein ou à l'extérieur de l'institution) - dans la mesure du possible, l'intégration d'au moins deux pairs aidants au sein d'une équipe. La dernière phrase pose problème dans la mesure où elle semble d'une part juridiquement discriminatoire : il n'est pas possible d'exclure un candidat d'un recrutement en fonction d'un pb de santé : cela concerne le pair aidant, mais aussi tout professionnel IDE, psychologue, assistant social, qui peut faire l'objet ou avoir fait l'objet d'un suivi; d'autre part, certaines équipes fonctionnent sans état d'âme excessif avec un pair aidant suivi ou ayant été suivi, dans la mesure où le pair aidant est au clair avec sa posture professionnelle. Il est préférable que cela soit laissé à la discrétion de l'équipe.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Prématuré. A confirmer à l'usage.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui très bonnes recommandations
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	voir ci-dessus
8 : Uniopss	Certains pairs-aidants affirment, au contraire, qu'ils n'auraient pas souhaité être pairs-aidants dans une autre structure que celle qui les avait accompagnés (à voir donc)
9 : ESPER Pro	- En étant vigilant à : ° l'adhésion des équipes ainsi aussi bien que des directions à la démarche de pair aidance. ° ne pas imposer au pair aidant une divulgation systématique et exhaustive de son expérience mais uniquement quand il le juge nécessaire, bien que cette divulgation reste un élément essentiel du métier. ° lutter contre les discriminations éventuelles sur le lieu de travail. ° Eviter que le pair aidant devienne un modèle "trop parfait" et ainsi ne s'éloigne des publics. ° ce que le pair aidant ne soit pas susceptible de développer une position qui s'opposerait à l'équipe ou à son travail (Antipsychiatrie par exemple). ° à l'impact négatif, la résonance chez le pair aidant du fait d'être en contact avec des publics vulnérables. ° à l'épuisement professionnel éventuel du pair aidant (Attention portée à ne pas intervenir en dehors de ses horaires de travail).
15 : Fédération nationale des	Nécessité que l'embauche d'un pair ne soit pas imposé institutionnellement mais

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 : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.89

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	1	0	4	10	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	5.88	5.88	0.00	23.53	58.82	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Il faut développer la santé au travail de l'ensemble des personnels travaillant en psychiatrie.
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Nouvelle fonction d'utilité permettant à la personne pair-aidant d'avoir un rôle spécifique et des modalités associées renforçant son projet de vie personnelle comme de sociabilisation et d'utilité collective. Les moyens en appui sont à mieux faire connaître
9 : ESPER Pro	Il est recommandé de proposer des analyses de pratiques professionnelles aux pair aidants (avec l'équipe pluridisciplinaire et lors d'intervisions entre pairs seulement afin de construire la légitimité, la pratique et la posture professionnelle sur la base de retours du terrain).
13 : UNAFAM	pour 66,67,68, 69, 70 c'est oK mais non spécifique à ce dossier
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Bon exemple avec la plateforme de travail pair de Grenoble Dans la mesure du possible: embaucher deux pairs dans une même équipe

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 : 7.95

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	1	0	0	0	1	1	0	3	11	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	5.88	5.88	0.00	17.65	64.71	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Il est recommandé d'organiser la participation des professionnels de santé et du travail social à la sensibilisation et la formation initiale et continue des pairs-aidants.
6 : Conseil National des personnes accueillies	oui ça serait bien pour les deux parties
10 : Fédération Santé Habitat	Comment ? a quel moment ? au moment de l'accueil d'un stagiaire ? dans les centres de formation ?...qui va créer l'obligation ?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	oui mais au même titre que les professionnels de l'équipe.

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 : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.36

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	12	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	5.88	5.88	5.88	11.76	70.59	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
4 : ADESM	Il manque : - Aux pouvoirs publics d'accompagner l'évolution des pratiques professionnelles vers une approche orientée rétablissement dans les soins et les accompagnements Dans le retour d'expérience de l'expérimentation ESPAIRS, l'insuffisante acculturation/adhésion de l'équipe d'accueil aux principes du rétablissement est une cause importante d'échec de l'intégration d'un pair aidant.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Il faut absolument reconnaître un statut pour les pairs aidants afin d'avoir cette richesse de leur vécu plutôt que ça disparait

7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Le pair aidant est un nouveau concept nécessitant de définir un cadre d'action et un statut Les contours de la fonction de médiateur en santé sont à mettre en perspective des autres métiers pré-existants dans les champs socio-éducatifs, sanitaire et médico-social pour identifier ce qui est nouveau, ce qui est redondant avec d'autres missions de professionnels de ces champs d'exercice. Le renfort attendu en moyens humains qualifiés requis est à mettre en perspective de la création d'un nouveau métier pour en mesurer la complémentarité et faciliter l'intégration. Lorsque les moyens d'agir sont limités voire contraints, avoir un nouvel acteur peut davantage générer de tensions que de produire une plus value. Tout est une question de contexte et de proportionnalité dans le qui fait quoi quand comment pour qui et avec qui
8 : Uniopss	Un cadre d'action, un statut et une rémunération
9 : ESPER Pro	- aux pouvoirs publics de créer un statut à part entière et valorisant en termes de qualification, de rémunération et de pérennité (Contrats à durée indéterminée ou statut de fonctionnaire) applicable aux secteurs publics comme privés, ceci pour lutter contre les inégalités entre pair aidants et entre les pair aidants et les autres membres des équipes et pour éviter que ces postes ne soient considéré que comme un tremplin vers d'autres postes davantage attractifs. - aux pouvoirs publics de clarifier les modalités d'application du secret professionnel et de la confidentialité au pair aidant - aux pouvoirs publics d'affiner le recours à la condition de détenir un savoir expérientiel dans le cadre du recrutement (Incertitudes quant à une éventuelle discrimination positive basée sur l'état de santé).
10 : Fédération Santé Habitat	La conclusion évoque le manque de clarté quant à la définition des statuts et des contours des de médiateur en santé et de pair-aidant métiers ¿ : OUI et alors ? Quant à la proposition 70 : comment ?

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 : 7

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	0	0	2	2	13	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	11.76	11.76	76.47	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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	absolument d'accord pour promouvoir les PSSM
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	optimisation des connaissances des acteurs de première ligne dans le champ de la santé mentale, du repérage de la souffrance psychique et des risques associés aux événements de vie est priorisée dans nos orientations nationales prioritaires pour le DPC. A soutenir fortement avec des modalités de retours d'expériences, associant notamment des acteurs de terrain rodés à ces profils de populations. Les liens avec notamment la psychiatrie de liaison et autres expertises en santé mentale sont à optimiser
10 : Fédération Santé Habitat	Comment ? Par qui ? Qui suit la mise en œuvre de cette proposition ?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Intégration de l'ensemble des intervenants y compris bénévoles
17 : Syndicat National des Psychologues	Il est important que ces formations balisent ce qui est effectivement pertinent de repérer rapidement et sur des grandes lignes mais sans faire croire que cela autorise plus que ce qui doit être transmis avec les limites nécessaires. Il est parfois difficile pour certaines personnes de rester dans cette limitation.

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 : 6

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	0	1	0	3	13	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	5.88	0.00	17.65	76.47	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
4 : ADESM	Il manque une formation sur l'importance des traumatismes subis : comme expliqué dans le document "argumentaire", il s'agit d'une clef de compréhension majeure du fonctionnement des personnes : les professionnels de première ligne doivent impérativement y être formés afin d'être en mesure d'adapter leurs postures et interventions en conséquence et de pouvoir détecter les troubles pouvant en découler.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui il faut former les professionnels ainsi que les équipes afin qu'ils soient pas pris au dépourvu
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Les spécificités de l'approche, de l'aller vers et rester avec dans ce contexte mixant grande précarité et troubles psychiques nécessitent de former de fait aussi les professionnels de santé mentale
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Oui. Les immersions peuvent y participer. Proposition: développer les mises à dispositions

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 : 3

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	0	0	1	0	0	0	2	4	10	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	5.88	0.00	0.00	0.00	11.76	23.53	58.82	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
4 : ADESM	Remarque supra sur l'approche du trauma et de ses conséquences. Les centres ressources psychochocotraumatisme créés dans un nombre maintenant non négligeable de territoires doivent pouvoir être sollicités pour venir en ressource sur cette dimension.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	L'approche en termes de réduction des risques et des dommages est mal connue en psychiatrie. Probablement reprend-elle des éléments déjà connus, lesquels? Il y a là un risque grave d'obscurité du message de l'HAS.
6 : Conseil National des personnes accueillies	la bienveillance est esentielle
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Principes sous-jacents adaptés. Par contre, la première phrase est à revoir pour mettre davantage l'accent sur ce qui est spécifique aux problématiques des personnes en grande précarité plutôt que d'opter pour formuler une réflexion sur la stigmatisation qui présuppose de postures discriminantes. Là ce qui aidera à optimiser les pratiques, c'est le renforcement du partage sur les spécificités d'approche dans ce contexte de l'aller vers et du rester avec, à adapter au niveau de "chronisation" dans la précarité (situation à risque de basculer vers une précarité, situation aigue de précarité, situation de précarité installée depuis un temps X, grande précarité
10 : Fédération Santé Habitat	Et pour les ressources disponibles sur le territoire : comment veiller à l'actualisation de ces informations ?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Très important de lier formations en santé mentale et en réduction des risques Sur les sujets de formations, penser formations initiales (travailleurs sociaux diplômés d'Etat) et formations continues (professionnels peu qualifiés, bénévoles)

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 : 2

Valeur minimum : 6

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	0	1	0	2	13	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	6.25	0.00	12.50	81.25	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
4 : ADESM	Formulation faible : la possibilité d'un avis spécialisé doit être organisée sur chaque territoire. C'est la condition pour que les situations ne "pourrissent pas" et ne finissent pas aux urgences.
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Cf commentaire situation de crise

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 : 8

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	0	4	11	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	23.53	64.71	11.76

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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	et médico-social...
4 : ADESM	Je préconise de supprimer la recommandation précédente pour ne conserver que celle-ci, qui est adéquate.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Il ne faut pas non plus croire au pair-Noël.
7 : CONSEIL NATIONAL	principe requis de base, déjà posé dans d'autres propositions dans les parties

PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	précédentes. Notion de prévention et d'anticipation dans les situations cliniques, les organisations de travail et les compétences graduées pour soutenir chaque étape reste requis
8 : Uniopss	intégrer "médico-social" dans "équipes de soins"

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 : & middot; 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) ; & middot; une répétition de visites et une absence de traçabilité des informations, d'orientation et de suivi entre deux visites ; & middot; 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 : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.12

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	1	0	0	0	4	11	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	5.88	5.88	0.00	0.00	0.00	23.53	64.71	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 %	11.76	88.24

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Domage que ne soient pas évoqués les Centres d'Accueil et de Crise, qui là où ils existent rendent les plus grands services et retirent une épine du pied des urgentistes.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui pour les lieux de soins et sociaux afin d'éviter que leur pathologie s'accroisse
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Au-delà des lieux d'accueil, il convient d'envisager les modalités des offres d'aide et de soins avec les différents acteurs, notamment l'aller vers hors mur ou dans les lieux de vie des personnes concernées (principe d'équipe mobile à renforcer ainsi que l'intégration de l'IPA Santé mentale qui peut être une ressource complémentaire dans les dispositifs pré-existants
10 : Fédération Santé Habitat	Ok mais où peut-on les trouver ? comment trouver l'info ?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Faciliter l'intervention de professionnels en santé mentale dans les structures sociales --> ok sur la recommandation mais A l'inverse de ce qui indiqué en constat, sentiment répété pour les intervenants sociaux que pas d'intervention secours sans passage à l'acte. Fréquents actes de violences avant intervention, alors que des alertes étaient répétées (incohérences, ruptures de traitements etc. combiné à une impossibilité d'échanger avec la personne, ou de répondre à sa demande qui est d'ordre médicale) + (cf ci-dessous n°78) sorties fréquentes des services d'urgence sans suite ni coordination avec les services sociaux concernés dont maraudes samu sociaux, ni même initiation d'un parcours de soin

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 : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.32

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	9	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	11.76	0.00	29.41	52.94	5.88

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
6 : Conseil National des personnes accueillies	les partenariats sont essentiels
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	ce développement de ressources et de modalités partenariales soins somatiques/soins psychiques est à regrouper avec les propositions précédentes (notion de filières à préconiser - cf schématisation de parcours type aidant les acteurs moins familiers à se repérer plus rapidement dans les orientations et ressources mobilisables sur un territoire donné)

	De quelle urgence est-il fait état ici ? Urgence vitale somatique ? décompensation psychique ?
8 : Uniopss	Equipes de soins somatiques et de santé mentale
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Attention à ne pas créer des lieux de soin "pour pauvres". Le travail doit se limiter à l'orientation.

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 : 1

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

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	6	9	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	11.76	0.00	35.29	52.94	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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	mentionner aussi les équipes de liaison psychiatriques et/ou addictologiques auprès des services urgences
4 : ADESM	Il faut aussi que, quand la personne est accompagnée aux urgences par une équipe sociale (situation fréquente), les travailleurs sociaux accompagnants puissent être entendus et bénéficier d'un retour d'information tel que prévu par la réglementation relative au partage d'information entre équipes sanitaires/sociales/médico-sociales (Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016). Souvent, les services d'urgences ne font pas de retour par ignorance de ces dispositions.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Vaste programme.
7 : CONSEIL NATIONAL	le travail collaboratif PASS / SAU / psychiatrie de liaison et de secteurs

PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	notamment est à encourager pour faciliter les parcours patients et le recours aux collègues pour des conseils et/ou l'organisation de la suite du parcours patient
10 : Fédération Santé Habitat	Est-il juste de supposer que le financement de l'intégration de ces compétences aux services d'urgences est prévu ?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Effectivement les passages aux urgences sont souvent sans suite une fois passée la crise
17 : Syndicat National des Psychologues	Comment les hôpitaux actuellement pourraient accueillir avec des douches ? un vestiaire ? des réserves alimentaires ? Un accompagnement vers des structures de type Emmaüs ou autres seraient plus adapté ?

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 : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

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	0	0	2	2	12	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	5.88	0.00	0.00	0.00	11.76	11.76	70.59	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Le risque de perte de sens du travail accompli n'est pas cité. Alors, ce ne sont pas des psychologues du travail pour intervenir une fois que le mal est fait, mais des psycho-pathologues pour s'y retrouver un minimum dans la clinique opaque de ces cas qui sont utiles.
6 : Conseil National des personnes accueillies	La totalité des recommandations est très bien
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	ces principes sont valables pour tous les contextes de vie et de soins où les situations sont complexes et hétérogènes, pour les professionnels dont le coeur de métier est une activité vers autrui. Les éléments décrits dans la puce Démarches de prévention du burnout et promotion QVT sont transposables, louables mais laissant en l'état les acteurs s'organiser au mieux pour passer de l'intention à une mise en oeuvre en pratique, équilibre délicat où la double

	contrainte reste une réalité (garantir continuité des soins/seuil de sécurité dans un secteur nécessitant un renfort versus impact de ce renfort sur la réalisation des missions générales du secteur qui y contribue
8 : Uniopss	Nécessité d'un soutien fort des pouvoirs publics pour résoudre la problématique de pénurie de professionnels dans les secteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux
10 : Fédération Santé Habitat	Ok à suivre
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	analyses de pratiques + APP "cliniques" avec acteurs de santé mentale qui sont + abouties sur les sujets liés à la psychiatrie Nécessité de rencontrer d'autres équipes pour découvrir des bonnes pratiques

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 : · 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 ; · 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 : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.36

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	0	0	3	13	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	17.65	76.47	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Simplification outrancière en ce qui concerne la psychiatrie.
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Parfois emprise aussi de l'entourage, difficile de porter un regard sur ces situations d'emprise mais doit être pris en compte dans les recommandations Notamment à la rue ou les sociabilités sont parfois très liées à des mécanismes de survie

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 : 1

Valeur minimum : 7

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	0	0	1	5	11	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	5.88	29.41	64.71	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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	mentionner également les programmes tels que TAPAJ : https://tapaj.org/ ("working first" sans préalable, très complémentaire à "housing first" ainsi que les programme de RPIB développées dans les CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) des CSAPA
4 : ADESM	Concernant les interventions précoces, je ne comprends pas pourquoi seules les interventions familiales (certes indispensables) sont mentionnées. L'intervention précoce repose également sur toute une série d'interventions auprès du jeune, centrées sur l'amélioration de la qualité de vie (réduction des stressors, qualité du sommeil, soutien à l'activité physique), le soutien à la réduction ou l'arrêt des toxiques (cannabis notamment vu le rôle présumé dans la transition psychotique) et éventuellement une psychothérapie de type TTC (gestion du stress notamment). Cf les recommandations internationales sur la prise en charge précoce des états à risque et des premiers épisodes psychotiques => docs en PJ.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Un des meilleurs §. Qui l'a écrit?
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui puisque sur le colloque de la DIHAL, j'ai vu des résultats positifs
8 : Uniopss	Informers concrètement sur les risques liés à certains comportements même si les jeunes ont le droit à l'erreur Renforcer les liens avec les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) pour accompagner les jeunes sur le volet addictions (s'ils en ont besoin)
10 : Fédération Santé Habitat	Ok mais ¿ce qui fonctionne¿ (à partir de cette proposition souvent noter: ce qui fonctionne ; cette présentation ne valorise pas la proposition ¿ quand il y en a une)
13 : UNAFAM	comment rendre ces bonnes pratiques opposables alors qu'il y a si peu de lieux de type ACT pour les jeunes
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Prendre en compte les situations de pauvreté (non accès au RSA) Attention particulière à ne pas reproduire les modes de fonctionnements institutionnels pour les jeunes sortant d'ASE
17 : Syndicat National des Psychologues	Les jeunes en "précarité" et à la rue sont très souvent en rupture familiale avec des traumas intrafamiliaux, des parcours d'exil et de troubles liés aux addictions. la thérapie familiale est déjà très peu accessible à un public tout venant. A quoi correspond ce terme d'intensif ? Le temps psychique n'est pas celui des institutions ni celui du désir des professionnels qui voudraient que rapidement le problème soit réglé !

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 enfant 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 : 1

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	1	0	0	0	0	0	0	5	10	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 %	6.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	31.25	62.50	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 %	6.25	93.75

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	aide au repérage des troubles du développement et des psychotraumas très fréquents chez les enfants de personnes cumulant précarité/addictions/troubles psy
4 : ADESM	Mentionner la guidance parentale.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	§ hors sujet. L'HAS veut-elle ré-inventer la pédo-psychiatrie en quelques propositions?
6 : Conseil National des personnes accueillies	Très important et fonctionne bien
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	les professionnels territoriaux du champ de la santé, de l'éducation et du socio-éducatif notamment sont des acteurs de terrain aidant au repérage Les équipes de soins primaires sont à considérer plus largement que par le biais du médecin traitant dont il est fait état. En particulier, les infirmières intervenant au domicile qui exercent fréquemment comme infirmière "de famille" de fait. Les infirmières puéricultrices et les infirmières en pratique avancée Santé mentale notamment en sont d'autres ressources. Les synthèses des contributions recensées dans le cadre des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant en ce moment pourront être mises en perspective pour la schématisation des problématiques comme des ressources mobilisables
8 : Uniopss	Soutien médicamenteux si nécessaire : certaines problématiques de santé mentale ne nécessitent pas d'un accompagnement médicamenteux
13 : UNAFAM	ce point d'attention pour les enfants de personnes ayant elles mêmes des troubles psy est important
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Penser aux conditions d'accès à l'école (hygiène, repas...) en vue de prévenir lka stigmatisation des enfants

Les personnes de plus de 50 ans : & middot; 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. & middot; 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 : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.59

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	1	0	2	1	1	5	7	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	5.88	0.00	11.76	5.88	5.88	29.41	41.18	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
1 : COLLEGE NATIONAL POUR LA QUALITE DES SOINS EN PSYCHIATRIE	limites connues pour ces dispositifs pertinents
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	Je suis un petit peu réticent à la mention des LAM comme dispositif mobilisable pour les personnes en situation administrative précaire, même si les LAM peuvent être une solution ceux ci ne doivent pas devenir des mouloir pour les personnes à droit incomplet faute de solution autre en raison du statut administratif. Je proposerai plutôt d'agir les déterminants de la santé et de l'accès aux soins notamment en termes de droits au séjour
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	dans cette perspective, les maisons-relais sont peut-être plus adaptées que des EHPAD...
4 : ADESM	Le PTSM n'est pas un dispositif de coordination : c'est un projet stratégique global. Il n'est pas pertinent de le mentionner à ce niveau. En revanche, il faut citer les cellules cas complexes dont sont souvent dotés les CLSM et les CLS.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Plutôt que les EMPP, c'est aux équipes de secteur d'intervenir dans ces contextes.
10 : Fédération Santé Habitat	La formulation du deuxième titre est à revoir : « devraient pouvoir être accueillis » (c'est trop light il faudrait écrire doivent être accueillis)
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	développer des places EHPAD "inconditionnelles" (en termes de consommations, présence d'animaux, titre de séjour)
17 : Syndicat National des Psychologues	les EHPAD tels qu'ils existent ne sont pas des lieux adaptés.

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'étiole 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 : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.25

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	5	9	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	5.88	5.88	0.00	29.41	52.94	5.88

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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	très bien , cf. mes remarques plus haut
4 : ADESM	La formation des professionnels au approches sensibles au trauma doit être une formation de base des professionnels intervenant sur le champ de la précarité, compte tenu de la prévalence des traumatismes dans la population large des personnes en situation de grande précarité, et ne pas être limitée aux professionnels intervenant auprès de certaines sous-catégories de populations.
6 : Conseil National des personnes accueillies	C'est très essentiel
13 : UNAFAM	dans les interventions ciblées atelier autour du corps prendre soin de son apparence
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Former les professionnels à une approche par le prisme du genre

Les vulnérabilités liées à un cumul de pathologies

Les personnes présentant des pathologies duelles psychiatriques et addictives Les données épidémiologiques internationales mettent en lumière : · Une prévalence importante à la fois des troubles psychiatriques et des troubles liés à l'usage de substances dans les populations en grande précarité ; · Une co-occurrence fréquente du sans-abrisme, des troubles psychiatriques et addictifs ; ·

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 : 1

Valeur minimum : 7

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	0	0	2	3	12	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	11.76	17.65	70.59	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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	Très bien ! pour les soins intégrés mentionner le Guide de la Fédération Addiction
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Terminologie à revalider avec le Groupe Argumentaire et les références scientifiques : Programmes de psychoéducation à la place de programmes d'éducation thérapeutique. Sinon mettre les deux vocables car cela ne recouvre pas tout à fait les mêmes concepts d'ancrage ni modalités d'accompagnement. Intérêt d'avoir des encadrés ou renvois pour certaines organisations peu ou pas connues en dehors du milieu expert
8 : Uniopss	"Problématiques addictives" plutôt que "pathologies addictives" (les addictions ne sont pas que des problématiques médicales)
10 : Fédération Santé Habitat	« ce qui fonctionne » pas de recommandations (sauf pour le dernier point) mais un listing

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 : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.13

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	0	1	4	10	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.88	23.53	58.82	5.88

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 %	6.25	93.75

Expert	Commentaires
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Ambiguïté du passage du handicap cognitif de l'introduction au handicap psychique de la proposition. S'il s'agit de faire bénéficier les malades neurologiques des ressources développées pour les malades psychiatriques...
6 : Conseil National des personnes accueillies	Pour les formations sur ce sujet, l'hôpital de Garches (Raymond Poincaré) est à la pointe en Ile de France
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Place des aidants et les modalités de soutien pour ces derniers
10 : Fédération Santé Habitat	« Ce qui fonctionne » même remarque
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Rajouter quelque chose sur la nécessité de décloisonner les approches (addictologie, santé mentale, troubles cognitifs...) car souvent les personnes n'accèdent pas aux services/établissements car ne rentrent pas dans les cas pré-établis ou du fait précisément de la multiplicité de leurs problématiques

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 : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.13

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	2	10	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	6.25	12.50	6.25	12.50	62.50	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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Bonjour aux pair&langue-aidants! Beaucoup d'équipes de secteur ont mobilisé des moyens spécifiques à ces situations, sans que leurs initiatives se soient généralisées.
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Particularités pour les mineurs étrangers en France et pour les personnes majeures. Rendre plus explicite la 5ème puce concernant l'interprétariat utile pour les échanges du quotidien mais pas l'accompagnement social et sanitaire : à préciser car en l'état reste sujet à interprétation
10 : Fédération Santé Habitat	« Ce qui fonctionne » même remarque et en ce qui concerne l'interprétariat aucune solution quant au coût
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Recommandation visant aussi à sensibiliser les pouvoirs publics sur les variations de statuts administratifs qui ont un impact direct sur les ruptures de droits et l'accès aux soins

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

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 : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.25

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	7	5

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	5.88	0.00	5.88	17.65	41.18	29.41

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
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	proposer aussi accompagnement addicto (fréquents abus de Lyrica et d'autres

	psychotropes...)
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Les informations sont précises et aidantes mais cette proposition 88 est rédigée dans une forme différente des autres populations. Comme pour les recommandations Parcours du patient douloureux chronique qui viennent d'être actualisées, intérêt de faire des recommandations généralistes et de les assortir de fiches spécifiques ciblées sur une population donnée, gagnant en lisibilité globale et spécifique.
10 : Fédération Santé Habitat	Coquille : « elles peuvent saisir LE tribunal »
17 : Syndicat National des Psychologues	Ces jeunes qui pour certains ne parlent pas français ne sont pas d'emblée en capacité de saisir toutes ces pistes d'orientation mentionnées. Ce qui est développé par ailleurs pour les adultes n'est pas rappelé ici : bienveillance, non discrimination, interprétariat, etc...l'information, l'orientation vers, donne à voir ici une fois de plus, que cette population de jeunes surtout à partir de 17 ans est souvent dans "un hors champ. "

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 : 7

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	0	1	3	11	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	6.25	18.75	68.75	6.25

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
4 : ADESM	Ok pour la place des PTSM dans ce cadre d'action.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Cela fait partie, en psychiatrie, du travail ordinaire.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Oui les élus locaux jouent un rôle essentiel

8 : Uniopss	Assurer la participation des personnes concernées dans l'ensemble des PTSM, dans leur élaboration et dans la mise en oeuvre de leurs mesures (participation inégale selon les PTSM) De même, les acteurs du médico-social sont trop souvent mis à l'écart dans la construction et la mise en oeuvre des PTSM, malgré leur rôle central en santé mentale
10 : Fédération Santé Habitat	Quelle évaluation, sous quelle forme ? par qui ? aussi approximative que les données évoquées ici ?
11 : ORSPERE-SAMDARRA	Les modalités de recours au libéral ne sont pas assez explicitées (la psychiatrie mais aussi les psychologues dans le cadre du dispositif « monparcourspsy »)

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 : 1

Valeur minimum : 8

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	0	0	3	13	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	17.65	76.47	5.88

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
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Principe de développer les offres de logements requis ainsi que l'identification de situations à prioriser dans l'accès à ces logements dont celles des personnes sans logement mais pas uniquement (ex : autres situations d'urgences à être logées et/ou hébergées comme dans les contextes de violences intra-familiales). Préférer une formulation type "de prioriser notamment les personnes sans logement"
10 : Fédération Santé Habitat	Concerner les pouvoirs publics : qui leur transmettra ces indications ? qui s'assurera de la mise en œuvre ?
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Le développement d'une offre de logements accessibles et une recommandation pilier pour réduire le sans-abrisme ainsi que les troubles psychiques liés à la survie à la rue

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 : 1

Valeur minimum : 7

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	0	1	2	13	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	5.88	11.76	76.47	5.88

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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Cette préconisation est-elle du ressort de l'HAS?
6 : Conseil National des personnes accueillies	oui c'est le minimum
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	On comprend l'idée, dont le droit à l'intimité. De principe aucune des personnes relevant de ces situations de grande précarité et troubles psychiques n'est indigne de, dont la réserve émise sur cette formulation qui peut potentialiser les stigmatisations indues. Intérêt d'ouvrir plus largement sur le respect des droits (dont l'intimité)
10 : Fédération Santé Habitat	Concerne les pouvoirs publics : qui leur transmettra ces indications ? qui s'assurera de la mise en œuvre ?
13 : UNAFAM	une attention aux offres d'hébergement pour les couples
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Cette offre d'hébergement doit être inconditionnelle et respecter le principe de continuité de l'hébergement. Elle doit être calibrée à la hauteur des besoins du territoire.

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 : 1

Valeur minimum : 8

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	0	3	14	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	17.65	82.35	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
4 : ADESM	Les textes mettent spécifiquement à la charge de psychiatrie de service public une mission d'accessibilité territoriale et financière aux soins : c'est donc bien la psychiatrie de service public qui est interpellée prioritairement (quasi exclusivement en réalité) pour permettre l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité, ceci d'autant plus qu'elles sont dépourvues de droits, de statut légal et de ressources, et que leur situation de santé est complexe. A cadre juridique équivalent, il convient donc de renforcer prioritairement la psychiatrie de service public sur cet aspect.
8 : Uniopss	Appuyée sur la psychiatrie et la psychologie, ainsi que l'addictologie (intégrer tous les métiers de la santé mentale, pas seulement la psychiatrie !)

10 : Fédération Santé Habitat	Même remarque
13 : UNAFAM	n'est ce pas le droit commun?

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 : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

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	0	1	2	13	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.88	11.76	76.47	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	Ajouter peut être : - LHSS mobiles - ACT Hors les murs - LHSS de jour
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	les CSAPA, les CAARUD...
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Il faut rajouter les secteurs de psychiatrie.
6 : Conseil National des personnes accueillies	le financement, il faut qu'il soit pérenne
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	question centrale de la stabilité des dispositifs opérationnels et reconduits dans le temps pour en asseoir la visibilité sur le territoire de proximité et le service rendu à la population sans dépendre principalement de l'engagement de certaines personnes. Principe requis pour l'ensemble des modalités d'organisation et d'accompagnement des problématiques de santé. L'intérêt d'une synergie entre dispositifs au plus près du territoire de proximité est requis pour optimiser la pérennisation des moyens mutualisables
10 : Fédération Santé Habitat	Même remarque

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 : 1

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.88

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	14	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	11.76	82.35	5.88

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
5 : Fédération Française de Psychiatrie	On ne peut être que pour, mais est-ce du registre de l'HAS? Le premier alinéa est adressé au Pair-Noël?
6 : Conseil National des personnes accueillies	Absolument éviter les ruptures de droit
10 : Fédération Santé Habitat	Même remarque

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 : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.36

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	0	0	3	13	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 %	5.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	17.65	76.47	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 %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	+++ la coordination institutionnelle
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	expériences très positives développées, pendant et à la suite de la COVID, de collaboration CSAPA/CAARUD/AHI avec un fort partenariat FAS/FA suite à l'AMI de la DIHAL https://www.federationsolidarite.org/actualites/projet-sur-la-reduction-des-risques-dans-les-centres-dhebergement/
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Il n'y a pas de "secteur de la santé mentale" C'est une vue de l'esprit. Il y a des "secteurs de psychiatrie", qui devraient être cités dans le 2°§ de l'intro.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Indispensable les articulations avec les divers dispositifs
8 : Uniopss	Et de prévoir du temps RH et donc des moyens financiers pour permettre cette coordination
10 : Fédération Santé Habitat	Même remarque
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	ajouter la coordination avec le secteur du handicap et des personnes âgées

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 : 1

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.88

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	14	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	11.76	82.35	5.88

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
4 : ADESM	Il manque le PTSM, qui est un lieu de collaboration important entre les acteurs du social, les acteurs de la psychiatrie et les collectivités locales et qui porte la diffusion de l'orientation rétablissement, qui, on le voit à travers ce projet de recommandation, doit être au coeur des pratiques des professionnels et de l'action des institutions. Sans partage de cette orientation entre les différentes catégories d'acteurs intervenant auprès des personnes en grande précarité, on continuera à observer des incompréhensions entre acteurs et des discordances dans les objectifs, les valeurs, la temporalité des interventions.
5 : Fédération Française de Psychiatrie	C'est mal connaître l'administration française.
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	préconisations générales cadrant les attendus tout en laissant une souplesse organisationnelle tenant compte des spécificités des acteurs de proximité et des modalités de collaboration entre eux. Notion de coordination et/ou d'identification

	d'un référent préconisée mais sans modèle unique, à laisser à l'initiative des territoires
8 : Uniopss	+ d'améliorer la lisibilité, pour le grand public, de ces dispositifs très nombreux et complexes
10 : Fédération Santé Habitat	Même remarque

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 : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.13

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	14	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	87.50	12.50

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	bons documents, pertinents mais incomplets : manque documents "addicto" de mon point de vue
4 : ADESM	Comme déjà dit, il manque la référence au travail fait par l'ARS IDF sur les règles de sectorisation.
6 : Conseil National des personnes accueillies	Ils sont pertinents et surement plus
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Les encadrés définissant facilitent la diffusion de connaissances actualisées Il serait intéressant que les principes organisationnels des retours d'expériences soient présentés de manière générale sur ce même canevas, renvoyant l'exemple illustratif en appui dans une annexe par exemple pour ne pas perdre le fil de la lecture globale
10 : Fédération Santé Habitat	A voir, on ne peut préjuger de l'appropriation de ces recommandations
14 : Croix-Rouge française	Le regroupement de différents services sur un même site p.14 Cet exemple concerne les hébergés ukrainiens dont le profil est très éloigné des personnes en très grande précarité Cependant, ce devrait être une
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Non vus

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 systématisée 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 : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.69

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	5	11

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	31.25	68.75

Expert	Commentaires
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	Même si ces RBP se veulent très globales, il aurait peut-être été intéressant, sur la base des données épidémiologiques montrant la diversité des pathologies psychiatriques surreprésentées dans cette population : addictions, ESPT, troubles de la personnalité, troubles caractérisés (schizophrénie, bipolarité), etc., de souligner que les types et lieux d'accompagnement psy les plus adaptés sont eux-mêmes nécessairement divers : CH, CMP, CSAPA... Médicaments, psychothérapies, EMDR, approches centrées trauma, etc. Et que la question des attentes/demandes des personnes quant au type d'accompagnement est centrale Enfin, un point de "détail", je suis très sceptique sur la réfutation (p.10) du lien entre désinstitutionnalisation et sans-abrisme au nom d'une étude qui va à l'encontre de tant de données aux USA notamment...
5 : Fédération Française de Psychiatrie	La lecture attentive des textes Argumentaire et Recommandations laisse une impression très mitigée. D'un côté, les psychiatres peuvent ne peuvent qu'être d'accord avec l'affirmation que ces situations humaines délicates exigent une approche globale, des personnels fiables inspirant confiance, une continuité dans l'action, un temps long, et une absence de préjugés. Ils ont cependant tendance à penser que ces qualités sont celles qui sont mises en œuvre jour après jour auprès des malades psychiatriques tout-venant par les équipes de psychiatrie et tout particulièrement les équipes de psychiatries de secteur. Par contre, ils s'étonnent du silence presque complet sur l'action des secteurs de psychiatrie en France, près de mille équipes, mobilisant des dizaines de milliers de médecins, psychologues, infirmiers, aides-soignants, travailleurs sociaux qui

	chaque année, les chiffres ne sont pas donnés, soignent et traitent plusieurs dizaines de milliers de malades sans abri et/ou hébergés. D'autant que les allusions à la psychiatrie et nécessairement à la psychiatrie de secteur sont peu flatteuses. Celle-ci est soupçonnée d'être (liste non limitative) : de moins bonne qualité (A 22), en inadéquation fondamentale (A 22), organisée en silos, trop cloisonnée, par elle-même un frein à l'accès, à la fois coûteuse (A 21) et de manquer de ressources, saturée, stigmatisante (A 22,23), compliquée (A 23), non aidante (A 23), inflexible (A 23), essentiellement biomédicale (A 22), souvent arbitraire, jugeante, paternaliste, coupable de rejet et de violence institutionnelle involontaire (R 47), responsable d'un vécu de discrimination, hospitalisant trop longtemps (A 27), etc. Le personnel des services « n'aurait pas la bonne attitude, serait distant, blesserait par le langage employé, susciterait la méfiance, appliquerait des sanctions arbitraires et violentes, exercerait une violence structurelle (A 54), pratiquerait des accueils qui manquent de bienveillance (A 18), ferait des prescriptions inappropriées, censurerait les soins adéquats (A42), refuserait des soins psychiatriques, craindrait d'être laissé seul face à ..., procéderait à des sorties d'hospitalisation sèches (R 41) » ; les hospitalisations constituant des « expériences antérieures désastreuses ». Même si les recommandations sont rédigées de façon plus « soft » que l'argumentaire, on peut déplorer que ce dernier abonde en barbarismes, en anglicismes, en néologismes et en jargon pseudo-technique, rendant l'ensemble de lecture difficile, ce qui est un frein supplémentaire à l'appropriation des recommandations par les équipes psychiatriques. Mais comment pourraient-elles reconnaître leur travail dans ces textes ? Les CMP sont des centres de soins gratuits, ils mobilisent des équipes pluridisciplinaires qui se réunissent régulièrement et construisent leur action sur le temps long, On croit les reconnaître dans les principes « haut seuil d'inclusion », « pluridisciplinaire », « réflexion collégiale » et « rester avec » mais ce qui est à César n'est pas rendu à César. (suite du commentaire en question 102)
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Contenu riche et bien documenté permettant d'appréhender les phénomènes en interactions et les modalités d'offres pour y répondre au mieux. les sources bibliographiques et les tableaux s'y rapportant sont claires et porteuses de connaissances rendant visibles des éléments clé pour optimiser les pratiques. Descriptif d'un état des lieux argumenté de déclaratifs scientifiques, éthiques et expérientiels. Référence de fond à saluer
10 : Fédération Santé Habitat	Manque de données récentes de l'INSEE
13 : UNAFAM	très bon document très riche bravo
14 : Croix-Rouge française	Articles à citer dans l'argumentaire ? Note de cadrage de la formation « aller vers »

	https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_aller_vers.pdf Des liens et des lieux : l'« aller-vers » en pratiques Cahiers de l'action 2022/2 (N° 59) https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2022-2.htm « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations. Le dossier de La Santé en action n° 458, décembre 2021. https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/aller-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-458-decembre-2021 Retour d'expérience Etat des lieux des actions d'« aller-vers » à destination des personnes en situation de grande précarité en Ile-de-France https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-07/AAI-Rapport-maraudes-Aller-Vers.pdf Conception, organisation, mise en œuvre et évaluation des actions d'« aller-vers » auprès des personnes en situation de grande précarité - Référentiel régional https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/103381/download?inline
--	--

Proposition 99

Les recommandations correspondent aux informations analysées ? (Si non, merci de proposer des formulations plus adaptées)

Valeurs manquantes : 4

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	14	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	100.00	0.00

Expert	Commentaires
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Toutes les informations analysées sont reprises par une proposition systématique en regard, ce qui est louable mais qui entraîne des répétitions et une certaine forme de morcellement peu opérante à l'appropriation des spécificités à cibler. Un regroupement d'idées forces sera utile à effectuer pour avoir un format de recommandations plus concis Pointer les points aveugles qui nécessitent une vigilance collective. Identifier quelle(s) mise(s) en liens complexes. Faciliter la visibilité sur les lieux d'adressage, la répartition maillage de proximité type cartographie avec les mots clés et acronymes pour s'y repérer, savoir chercher.

Proposition 100

La présentation des recommandations est claire et adaptée aux destinataires ? Explicitez

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.20

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	12	3

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	80.00	20.00

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

3 : FÉDÉRATION ADDICTION	sous réserve des remarques faites
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Totalement inadaptée aux acteurs du champ sanitaire et en particulier psychiatrique.
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Claire mais peu adaptée à une appropriation pragmatique pour les utilisateurs Il convient de mieux identifier à quel(s) public(s)s s'adressent ces recommandations et à spécifier les items par regroupement d'idées pour éviter les répétitions. Plusieurs propositions pourraient judicieusement faire l'objet d'une seule. En l'état, même si tout est utile, les recommandations sont trop nombreuses. Notion de drapeaux / clignotants selon la typologie (notamment pour les personnes hors des radars qu'il convient de savoir/pouvoir orienter).
10 : Fédération Santé Habitat	Pas toujours, manque de fluidité
13 : UNAFAM	elle est claire mais sa mise en oeuvre demandera des arbitrages politiques
15 : Fédération nationale des SAMU sociaux	Mérite d'être développée illustrée par des exemples locaux de bonnes pratiques pour le dernier volet "portage public"
17 : Syndicat National des Psychologues	Quels sont les destinataires précisément ?

Proposition 101

Avez-vous des commentaires généraux à faire sur le texte des recommandations ?

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.47

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	8	7

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	53.33	46.67

Expert	Commentaires
1 : COLLEGE NATIONAL POUR LA QUALITE DES SOINS EN PSYCHIATRIE	Ces recommandations sont lisibles, logiques, se veulent pragmatiques mais tiennent-elles suffisamment compte de la réalité du terrain particulièrement difficile en l'espèce ? A enrichir par des écueils rencontrés dans les pratiques professionnelles.
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	ce document sera très utile
5 : Fédération Française de Psychiatrie	Oui, ils sont inclus dans le commentaire fait aux propositions 98 et 102, dont malheureusement les notes de bas de page ont sauté dans la manœuvre copier/coller. En complément de la réponse aux questions 98 et 102, les paragraphes suivants sont complétés de cette façon : Même si les recommandations sont rédigées de façon plus « soft » que l'argumentaire, on peut déplorer que ce dernier abonde en barbarismes (non malfeasance, comportements pro-sociaux, faire du plaidoyer, reprise de contrôle, revue en parasol, etc), en anglicismes (harmoniser les écarts de pouvoir, approche capacitaire), en néologismes (illectronisme, sans-abrisme, interconnaissance, personne injectrice de drogues, etc) et en jargon pseudo-technique (victimisation vie entière, parcours en cyclique, hospitalisation séquencée, système en escalier, taux de rétention, rétention de compétences, soutien-pair, facteur de conversion, etc), rendant l'ensemble de lecture difficile, ce qui est un frein supplémentaire à l'appropriation des recommandations par les équipes psychiatriques. Invoquer les professionnels de demain (médiateur de santé, pair-aidant) en attente d'évaluation méthodique (par l'HAS ?) et des « acteurs de soins primaires » qui ne se reconnaissent pas toujours dans cette appellation ne remplace pas l'expérience des cliniciens d'aujourd'hui. Cette perte de contact expose les auteurs à énoncer quelques généreuses affirmations de principe (par exemple « la personne est experte de sa propre situation ») coupées de la réalité. D'ailleurs le vocabulaire quasi-mystique utilisé (foi, croyance, vocation, joie, espoir, etc..) donne à l'ensemble l'allure d'un catéchisme positiviste plein de bonne volonté, mais à des années-lumière des compétences techniques qu'il faut mobiliser pour réussir à aider en les soignant et en les traitant les malades en situation sociale précaire. Texte rédigé le 2-3-2023 par [...] et revu par les membres du bureau de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP)
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Rendre visible les dispositifs et acteurs pouvant intervenir est aidant pour tout professionnel quel que soit son champ d'exercice. La difficulté est fréquemment celle de la bonne connaissance des offres de son territoire par définition mouvantes et en perpétuel remaniement.

	Une schématisation simple des différents acteurs pourrait aider tout professionnel ou usager à visualiser ce qui existe en terme de ressource possible. Sa déclinaison par territoire et proximité est au cœur de l'amélioration continue de l'identification à un temps T des acteurs et organisations du moment (beaucoup d'acteurs et des modalités d'organisations à géométrie hétérogène selon le moment (mise en lien reposant trop souvent sur les individus et le "réseautage informel")
8 : Uniopss	Le texte est très clair mais nécessiterait plus de définitions (réduction des risques et des dommages, par exemple) + une utilisation plus large du terme "santé mentale" plutôt que "psychiatrie" (la psychiatrie est une dimension de la santé mentale, mais il y en a d'autres)
9 : ESPER Pro	Suite à la relecture du document "Grande précarité et troubles psy", toutes les propositions et les constats nous semblent pertinents. Et aussi pour avoir exercé dans plusieurs services en tant que pair aidant; nous reconnaissons les enjeux et adhérons aux recommandations de la HAS, notamment pour les nouveaux dispositifs mis en place.
10 : Fédération Santé Habitat	Relecture minutieuse nécessaire
12 : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille - EPSM Lille métropole	Très clair et complètement alignés sur les évolutions des pratiques de soins et d'accompagnement en psychiatrie.
17 : Syndicat National des Psychologues	C'est assez long et parfois redondant entre chapitres.

Proposition 102

D'autres informations seraient utiles ? (Si oui, préciser lesquelles)

Valeurs manquantes : 4

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.65

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	5	9

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses en %	35.71	64.29

Expert	Commentaires
2 : Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)	Mention du guide sur le travail Pair FAS DIHAL ? https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/06/Guide-Travail-Pair.pdf
3 : FÉDÉRATION ADDICTION	informations visant à mieux évaluer l'ampleur et l'impact de la fermeture des lits d'hospitalisation en psychiatrie ces dernières décennies (données qui me semblent trop rapidement balayées p.10)
5 : Fédération Française de Psychiatrie	(suite du commentaire 98) : Domage que le ou les auteurs aient préféré s'en remettre à la « littérature internationale » qu'à l'expérience des équipes de psychiatrie, et en particulier aux équipes de psychiatrie de secteur assumant l'accueil, les soins et les traitements de la pathologie psychiatrique tout-venant. La référence aux auteurs français est d'ailleurs éminemment variable dans les trois textes qui nous sont parvenus. Ils sont 63% dans la lettre de cadrage, seulement 27% dans l'argumentaire et 46% dans les recommandations. Invoquer les professionnels de demain (médiateur de santé, pair-aidant) en attente d'évaluation méthodique et des « acteurs de soins primaires » qui ne se reconnaissent pas toujours dans cette appellation ne remplace pas l'expérience des cliniciens d'aujourd'hui. Cette perte de contact expose les auteurs à énoncer quelques généreuses affirmations de principe coupées de la réalité. D'ailleurs le vocabulaire quasi-mystique utilisé (foi, croyance, vocation, joie, espoir, etc..) donne à l'ensemble l'allure d'un catéchisme positiviste plein de bonne volonté, mais à des années-lumière des compétences techniques qu'il faut mobiliser pour réussir à aider en les soignant et en les traitant les malades en situation sociale précaire. Et comment accepter la légèreté avec laquelle les auteurs utilisent indifféremment les termes santé mentale, santé psychique, souffrance psychique, troubles psychiques et trouble psychiatrique sévère comme si ces termes étaient interchangeables avec l'avantage, il est vrai, de rendre le diagnostic accessoire ? Au terme de ce constat attristé, l'on se demande s'il était bien raisonnable de vouloir faire des recommandations uniques à destination des équipes psychiatriques et des acteurs du champ de l'accompagnement. Les bonnes pratiques sont-elles les mêmes dans le champ du soin et des traitements et dans celui de l'accompagnement ? Les repères peuvent-ils être communs ? Si le rétablissement est une nouveauté dans le champ médico-social,

	n'a-t-il pas été précédé dans le champ sanitaire par la réadaptation, la réhabilitation et la réinsertion ? Aujourd'hui, les équipes de psychiatrie de secteur sont à la peine. Elles ont plusieurs besoins. Des besoins en formation, des besoins en moyens humains, des besoins de reconnaissance par leurs malades et leurs patients, par les familles de ceux-ci et par la société. Leur créativité _elles ont été à l'origine des équipes mobiles psychiatrie-précarité_ pourra alors se manifester de nouveau et en particulier auprès des patients en situation de précarité. Enfin ces textes rompent avec la vocation jusque-là des recommandations HAS. Celles-ci sont des documents techniques destinés aux médecins et soignants. Même en étendant leur périmètre aux acteurs de l'accompagnement, comment comprendre le dernier chapitre de recommandations aux pouvoirs publics sinon comme l'expression d'une fièvre prosélyte ?
7 : CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL INFIRMIER (CNPI)	Parmi les populations à cibler, celle des étudiants pourrait être décrite. Les personnes déjà connues que le dispositif cherche à remettre au centre des soins versus des personnes « hors des radars » habituels ouvrant sur une complexité de parcours. Concernant les troubles psychiques : constats de terrain de précarités hétérogènes comme de pathologies sous-jacentes : trauma crânien, tétra par exemple qui engendre des troubles psy différents de ceux liés à une pathologie psychiatrique. Utilité de les différencier ? Avec quels outils de décodage et repérage ? Notion de consentement et de présence dans la durée - notion du rester avec et des compétences associées pour créer ces ouvertures de confiance. Questions autour de la prévention et des différents profils de situations de précarité (complexité - temporalité...) Finalité de collectivement faire mieux ensemble soit de manière pragmatique donner envie à ceux qui sont déjà engagés d'y rester et soutenir pour d'autres l'envie d'y aller, d'oser s'y confronter
10 : Fédération Santé Habitat	Schémas, témoignages
17 : Syndicat National des Psychologues	Il y a beaucoup de préconisations pertinentes qui sont connues des acteurs de terrains mais qui depuis des années ne se réalisent pas. Les volontés politiques, l'abondement de moyens restent bien en retrait. Quelles stratégies sont pressenties pour que ces recommandations ne restent pas sous forme de recommandations ? Il manque le suivi de ces recommandations et à quels niveaux.

COMMENTAIRES PARTIES PRENANTES HORS GRAAL

Association élus, santé publique et territoires

Bonjour

J'ai bien reçu et lu les recommandations concernant "Grande précarité et troubles psychiques". Je tiens à saluer la qualité du travail effectué. Je n'ai pas de remarques particulières liées à mes expériences personnelles.

Bien cordialement

Collège de la médecine générale :

Bonjour

de ce que j'ai lu en parcourant, travail extrêmement fouillé sur un sujet délicat s'il en est

J'aurais juste 2 remarques émanant du vécu, qui sont davantage du registre politique ou institutionnel, et donc pas dans ce qui est demandé là, mais je le fais tout de même, vous pourrez transmettre en haut lieu!

1) Sur ce sujet, multiplicité des appels à projets et donc des moyens financiers pour constitution d'équipes d'intervention sortant plus ou moins du chapeau, avec 2 conséquences : non ou difficulté d'articulations avec les dispositifs locaux, notamment dans le cadre des CCAS et CLS, qui ramène et aussi manque de visibilité/ lisibilité par les acteurs eux-mêmes : on ne sait pas qui fait quoi. Les bonnes intentions ne créent pas forcément d'efficacité sur le terrain (exemple sur les Yvelines près de 3 dispositifs récents sur ce créneau)

2) La HAS fait de superbes travaux, et de ce qu'il faudrait faire et/ou mettre en place, notamment dans les problématiques complexes qui imposent la reconnaissance et la valorisation du rôle des acteurs, notamment en soins de santé primaires, et surtout lorsqu'ils sont volontaires et organisés ?

Hélas dans le contexte actuel, et ce qui est donné à voir par les décisions politiques, ce qui est valorisé c'est le one shot, les téléconsultations, et une médecine de consommation rendant obsolètes les meilleures recommandations, les professionnels qui suivent au long cours les patients les plus lourds et les plus complexes et les plus malades, et le travail en équipe de proximité.

Bref on a l'impression que l'on fait travailler les institutions, les experts, les professionnels, pour de toute façon mettre tout cela à terre, du fait de mauvaises décisions, qui entraînent et donnent à voir le contraire

Désolée de ce mouvement d'humeur, et à disposition pour échanger

Cordialement

COMPLEMENT :

ce document est intéressant

Il parle du sentiment d'impuissance du soignant et propose des pistes de prise en charge que j'ai lu avec intérêt.

Nous avons 2 actions dans notre maison de santé vers ces publics très précaires: une dans un CHRS et une dans une PAJ(permanence accueil jeunes)

A mon avis il manque comme piste de travail

-faire du lien entre les structures de prises en charge.

Nous avons réussi à créer un groupe de travail entre le CMP et l'équipe du CHRS et les résultats sont excellents malgré le terrible manque de moyens de nos confrères du CMP: meilleure fluidité dans les prises en charges, contacts directs, conseils pour les prises en charge médicamenteuses....

Nous sommes en train de créer un lien avec le service d'addictologie de Fernand Widal: nous suivons les mêmes patients sans nous connaître.

Rencontre avec MSF pantin qui reçoit les MNA(Mineurs non accompagnés), qui sont nombreux à venir à la PAJ où nous avons monté une consultation IDE/psy/MG

-L'action l'autre rue, de l'association Atoll, pourrait être décrite dans ce document. car elle me semble très intéressante : une chambre à très bas seuil avec des passages entre la rue et la chambre possible pour ces personnes très précaires.

CEFI-PSY

Bonjour

N'ayant pas réussi à me connecter sur la plateforme GRAAL, je me permets de vous transmettre de cette façon les retours du CEFI-PSY.

1- Le sujet :

Indispensable de se pencher sur la question de la « grande précarité et troubles psychiques ». Cependant le sujet est très vaste, et manifestement le groupe de travail n'a pas réussi à trouver son angle d'attaque. Le problème n'est pas posé. Ce problème multidimensionnel comporte beaucoup de causalités et de facteurs individuels et socio-environnementaux, c'est de toute façon difficile de trouver le fil conducteur et donc de pouvoir identifier des recommandations claires et efficaces pour des réponses adaptées à ce public dans le contexte économique des équipes de professionnels des secteurs social, médico-social, sanitaire.

2- La prise en compte de la dynamique des personnes concernées : peut-être insuffisante. Le lien de confiance à établir et l'amorçage de la motivation à s'inscrire dans le changement passe par les éléments suivants :

- les troubles psychiques sont pris en charge par des professionnels formés à la santé mentale.
- La prise en compte de la temporalité nécessaire au travail relationnel et clinique est longue
- La difficulté des personnes concernées à s'inscrire dans des étapes et RDV structurés, programmés, etc...

3- Les constats sur la psychiatrie et le secteur social et médico-social : relèvent-ils d'informations argumentées ou de partis pris subjectifs ?

4- Concernant les contenus

Il y a des phrases qui ne sont pas acceptables dans ce type de travail : p 30 : « L'emphasis doit être placée sur l'acquisition de ressources dans la communauté et non dans les services spécialisés en santé mentale ».

La question du rétablissement est bien venue mais nous trouvons qu'il y a un défaut de compréhension de ce qui amène au rétablissement. La réhabilitation psychosociale est une démarche de soins et d'accompagnement qui est utilisée par les équipes des différents secteurs. Mais, dans ce travail, et de manière générale, ces notions deviennent galvaudées. Les outils de la réhabilitation psychosociale sont la psychoéducation ou l'ETP, les thérapies cognitives et comportementales, remédiation cognitive, travail sur les compétences et habiletés psychosociales, dont l'ergothérapie, sont des techniques de soins qui nécessitent une formation et une déontologie.

Il y aurait à restructurer la partie 5, avec pour titre la réhabilitation psychosociale, tout le reste n'en est qu'une déclinaison.

Le case management est certainement la modalité efficace pour accompagner dans la durée les personnes concernées, la présence de pair-aidant, de bénévoles ne peut constituer la force centrale de l'accompagnement des personnes concernées, même si leur présence s'avère utile dans les moments de transition des parcours des personnes concernées. Et même si le coût de fonctionnement des structures utilisant ces modalités est bien inférieur à celui de structures utilisant des professionnels, pour exemple le passage sur le housing first.

Le travail sur les ressources est une méthode ancienne, dont le champ a été conceptualisée à partir des travaux de Carl Rogers et la relation. Ce long développement est assez étonnant.

Le travail mériterait à se recentrer sur son sujet. On sait qu'il faut mettre en place un faisceau d'aide plurielles mais

convergentes. Ce qui soulève la disponibilité des équipes des différents secteurs à pouvoir échanger, se coordonner, faire des synthèses de parcours dont le case manager jouerait un rôle central. La mobilité des équipes de psychiatrie est à réaffirmer.

En conclusion, je ne vois pas comment les équipes vont pouvoir s'approprier ces recommandations. Restant à votre disposition sincères salutations.

CONFERENCE DES PRESIDENTS DE CME de CHS

Bonjour

J'ai préféré réagir dans ce mail plutôt que d'utiliser la plateforme Graal, le questionnaire n'étant pas obligatoirement adapté à ce que je souhaite exprimer.

La lecture des recommandations « grande précarité et troubles psychiques » me laisse un sentiment mitigé. En premier lieu les recommandations s'apparentent dans de nombreux cas à un catalogue de principes dont la plupart ne me semblent pas spécifiques à la problématique :

exemple p51 « *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...) ; »

Ces recommandations me semblent s'appliquer à n'importe quel établissement de soins, social, ou médicosocial et à n'importe quel type de prise en charge. Le document gagnerait beaucoup en clarté et lisibilité si ces évidences n'étaient sans cesse rappelées.

De même on trouve page 9 sur les principes communs : « *interroger ses pratiques en continu* » ce qui me semble être la base de tout travail social ou sanitaire et n'être en aucun cas spécifique.

Ceci donne au document une tonalité globale qui me paraît plus relever du militantisme que d'une démarche scientifique.

Une place importante est réservée à la pair aideance à tel point p21 que les pairs aidants sont placés en premier dans la liste des compétences nécessaires à articuler. Sans remettre en cause la pertinence de la pair aideance, en l'absence de recommandations sur ce sujet qui mérite un travail en soi, il convient d'être prudent sur la place à accorder à la pair aideance.

Par ailleurs, il me semble que mettre pair aideance et médiation en santé dans le même chapitre (p 44) est de nature à entraîner une confusion entre ces deux activités.

Pour un document s'intitulant grande précarité et troubles psychiques, il est finalement peu question de soins psychiques de façon concrète. La place donnée au rétablissement ne pouvant tenir lieu de soins. Ce concept prend d'ailleurs une place très importante dans le document sans que soit interrogé le modèle anglo-saxon dont il est issu.

Enfin le paragraphe concernant les soins psychiatriques (p 26 de l'argumentaire) m'apparaît la caricature de ce qui est habituellement reproché à la psychiatrie publique de secteur. La généralisation des dysfonctionnements ne rend pas justice aux équipes qui essaient de travailler correctement et de proposer des réponses adaptées. Cela ne peut être entendu que comme une disqualification du travail fait.

Je pourrais multiplier les exemples de points qui risquent d'être jugés comme tendancieux par les professionnels à la lecture des recommandations et de l'argumentaire. En conclusion, il me paraît difficile de diffuser les documents en l'état si on veut que les équipes de terrain (en particulier de soins) se l'approprient.

Conseil régional des personnes accueillies PACA

Il faudrait ne pas partir de lignes directrices généralistes, mais des situations individuelles des personnes et des ressources d'un territoire pour construire des réponses adaptées prenant en compte les choix des personnes. Il faut partir de la réalité des personnes. Plus d'exemples pourraient être développés. Dans la pratique plusieurs freins à la mise en œuvre sont identifiés auxquels il convient d'apporter des solutions crédibles et efficaces en partant des réalités des personnes et des territoires :

- L'organisation actuelle de la psychiatrie :

Les réponses des CMP sont insuffisantes : postes de psychiatres non pourvus. En sortie d'hospitalisation, sur Avignon, il y a un délai de 3 semaines à un mois pour obtenir un RDV en CMP pour le renouvellement d'un traitement. Les RDV avec le psychiatre sont très courts et consacrés essentiellement au renouvellement des traitements. Le champ de la pédopsychiatrie est particulièrement sinistré (ex d'Avignon avec seulement 8 places d'accueil pour les jeunes).

Les soins proposés dans les CMP sont souvent uniquement médicamenteux, il faudrait des psychologues dans les équipes pour permettre aux personnes de se reconstruire et permettre un équilibre entre traitements et relation humaine. Il est important de proposer un soin globalisé et non fragmenté et de mieux informer les personnes sur les choix et les traitements (nomment les effets secondaires). Cette non globalisation des soins entraîne des coûts exorbitants pour la santé publique.

La présence d'hôpitaux psychiatriques de taille importante (CH Montfavet) ont pour effet de concentrer sur certaines communes les personnes sortantes d'hôpital et nécessitant un suivi.

Si les équipes mobiles (qui peuvent être celles du CMP) étaient développées, il serait possible d'éviter une partie des réhospitalisations. Ces équipes devraient avoir les moyens d'accompagner sur les lieux de vie.

- Le logement

La pénurie de logement sociaux est prégnante sur le territoire PACA. Certaines zones (vallée du Lubéron et est du territoire proche d'Aix-en-Provence) n'offrent que très peu de logements sociaux et ne souhaitent pas les développer. Par ailleurs, certains bailleurs sociaux sont très réticents pour accueillir les personnes avec des troubles psychiques, y compris lorsqu'elles bénéficient d'une reconnaissance DALO. Et les logements proposés ne sont pas adaptés aux besoins des personnes.

Il faudrait partir des besoins et des envies des personnes pour proposer du logement adapté et de qualité :

- logement en bon état ;
- logement aménagé et solutions pour que la personne puisse s'équiper ;
- accompagnement de la personne.

Un certain nombre de personnes souhaitent du logement participatif, au sein duquel elles puissent avoir du lien social avec les autres, s'entraider, retrouver des compétences. Les personnes peuvent assurer l'entretien des parties communes, s'investir, créer du lien et développer un sentiment d'efficacité sociale.

Les pensions de familles ou résidences accueil sont des logements adaptés à un grand nombre de personnes, et notamment avec des troubles psychiques (taille raisonnable, présence d'AES). Elles facilitent la stabilisation.

Certaines personnes préfèrent du logement individuel, il faut alors proposer du logement de qualité, adapté et une possibilité d'accompagnement.

Pour certaines personnes présentant des pathologies psychiatriques lourdes, il est important d'avoir des AES présents, d'avoir dans le quotidien quelqu'un capable de repérer les premiers signes d'alerte et d'agir précocement pour ne pas que la situation se dégrade.

- La participation des personnes

Le projet (de soins, d'habitat...) doit être celui de la personne, s'appuyer sur ses envies, ses choix. La personne a le droit à l'erreur, le droit de faire des mauvais choix.

La participation des personnes doit être soutenue, mais aujourd'hui encore, les personnes ont le sentiment d'être

« tolérés » plus que de participer réellement à certaines instances. Des réunions de synthèses autour de situations complexes peuvent être utiles, mais la personne doit y être associée (exemple des commissions porcelaines au sein desquelles la personne n'était pas présente).

La participation est l'affaire de tous. La loi de participation tient compte du fait que chacun peut donner. Les membres du CRPA indiquent que pour eux participer, porter la voix de leurs pairs est aussi un moyen de rendre ce que l'État leur a offert (éducation, soin...). Les membres du CRPA considèrent qu'ils vivent relativement bien grâce à la collectivité (bien qu'ils soient sous le seuil de pauvreté) et que participer est un moyen de rendre.

Par ailleurs, certaines personnes ont plus de facilités à porter la parole de leurs pairs (les membres du CRPA présents indiquent que leur niveau de formation et leur bagage universitaire les aident pour porter la parole de leurs pairs). Pour certaines personnes, prendre la parole en public est compliqué, mais la participation se joue à tous les niveaux (exemple de la participation à la vie quotidienne dans les maisons relais). Chacun de sa place peut aider l'autre, c'est ce qui se passe dans les GEM où les compétences individuelles sont valorisées et sont mises au service des autres. L'idée est de faire toucher à l'autre sa propre richesse pour lutter contre l'auto-stigmatisation.

Les groupes d'entraide mutuelle sont un lieu pour recréer du lien social et pour permettre aux personnes de valoriser leurs compétences. Le Gem d'Avignon est orienté précarité. Les personnes fréquentant les GEM font moins d'allers-retours avec la psychiatrie. Développer des liens et des compétences permet de se stabiliser.

- La prise en compte des territoires

Les solutions et les réponses doivent être organisées sur des territoires. Les grandes lignes peuvent être valables pour tous, mais il faut une adaptation aux cultures locales.

- La prévention

Les réponses doivent être plus précoces au niveau de la santé : la pédopsychiatrie doit être développée pour que des réponses soient apportées le plus en amont possible.

Il faut développer le champ de la prévention pour aider les jeunes à se structurer dans une société dans laquelle ils ne savent pas où est leur place. Il faut prendre les choses en amont. Le mieux est qu'ils n'aillent jamais à l'hôpital. La présence de psychologues dans les établissements scolaires, un accompagnement et un outillage des familles peuvent aider.

De même au niveau du logement, il faudrait des systèmes d'alerte qui permettent une prise de contact avec les personnes dès les premiers impayés de loyer et ne pas attendre une dégradation de la situation.

- La question du coût des interventions

Il est important d'évaluer les coûts des interventions mises en place sur le terrain, et les économies engendrées par les non retours à l'hôpital. L'argument de rationalisation des coûts est un argument qui est entendu par les pouvoirs publics. La prévention permet de diminuer les coûts.

- Les postures des professionnels

Certaines personnes n'arrivent pas à dire à leur médecin les difficultés qu'elles rencontrent avec leur traitement. Cela engendre des allers-retours avec l'hôpital. Les postures des professionnels sont importantes pour permettre l'expression des personnes. La participation des professionnels à des situations du quotidien facilite la relation.

Le CRPA insiste sur l'importance de former les professionnels aux questions de participation dès la formation initiale. Pour une certaine génération de professionnels, il est presque trop tard. Il faut donc intervenir auprès des professionnels en formation. Il faudrait que cette formation à l'implication et à la place des personnes dans l'accompagnement devienne obligatoire dans les formations initiales des travailleurs sociaux : assistants de service social, éducateurs spécialisés, mais aussi dans les formations des accompagnants éducatifs et sociaux car se sont souvent eux qui sont en première ligne. Il faudrait également rendre obligatoires ces approches pour les professions de santé (dont les infirmiers).

FEDERATION FRANCAISE DES PSYCHOLOGUES ET DE PSYCHOLOGIE

Intérêt général

L'intérêt d'une recommandation de bonnes pratiques dans le cadre de personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques est indiscutable. Les expériences sont nombreuses sur le territoire. Quelques-unes sont présentées ici. La prévalence des troubles mentaux chez les personnes en situation de grande précarité ou sans-domicile est inversement proportionnelle au recours au soin. C'est un enjeu de santé publique. L'essentiel des propositions de travail nous apparaît essentiel et présente un intérêt majeur.

Point d'étonnement et réflexion critique

Pour autant, le seul angle d'approche théorique retenu s'inscrit d'une manière unidimensionnelle du côté de l'auto-détermination qui, dans le champ spécifique des troubles mentaux sévères et des addictions notamment des personnes à la rue, nous semble poser question, au détriment d'une approche multi dimensionnelle et plurielle, par exemple.

Ainsi, il est précisé, page 9, « *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.* » Pour autant, il apparaît que seule l'approche orientée « rétablissement » est ici retenue.

Ensuite, page 10, « *la personne est experte de sa propre situation* », si je m'en réfère au terme expert, l'expert a peu de besoin d'une autre expertise, ni d'un accompagnement. Or, précisément les personnes en situation de grande précarité avec troubles psychiques nécessitent comme il est précisé un « aller vers » avec une attitude « bienveillante ». Si la personne peut être acteur de son parcours de soin, elle n'en est pas la seule « experte », et que si elle a en elle « *la capacité d'identifier ses attentes* », un accompagnement psychologique (et social) peut s'avérer nécessaire et c'est justement l'objectif de cette recommandation.

Enfin, et dans le même esprit, les pages 44 à 48 entièrement dédiées à la médiation en santé et à la pair-aidance mériteraient de s'inscrire plus largement dans le domaine de la psychiatrie en général et ne pas occuper un chapitre entier (3.3). C'est un choix au détriment des autres professionnels tout aussi indispensables et présents depuis longtemps sur le terrain dans les CMP, les équipes mobiles, les CHRS...

Au titre de la fédération, je ne peux que déplorer le peu de prise en compte/ valorisation du travail nécessaire et fait par les psychologues dans ce champ spécifique de la précarité et troubles mentaux. Les seules citations faites concernent des dispositifs, montrant bien par-là, la place prise par les psychologues sur le terrain.

CNUP

Le bilan (chap 2 et 8) fait sur la question de la santé des patients précaires est complet et instructif.

Concernant les soins (chap 3), les constats et critiques des systèmes de soins apparaissent souvent tranchés et généralisants, n'évoquant que les points négatifs de leur organisation et les opposant à un idéal de soins (par exemple pp 18/19 ou pp 22) ou pp 26 pour l'organisation en France (cf commentaire).

Chap 5. Il n'y pas vraiment de bilan fait des CMP orientés sur la précarité et des équipes mobiles. Il est assez difficile de se faire une idée des organisations de soins des effets des organisations de prises en charge.

La question du travail nécessaire sur les transitions (chap 6) est intéressant et permet des pistes de travail d'amélioration.

Quelques points sont par ailleurs signalés dans le texte.

Pp 27 La place du médecin traitant dans la coordination des soins n'est pas évoquée.

Pp 42 : l'importance de l'ergothérapie occupationnelle est difficile à comprendre

Pp 68 : la question des troubles du fonctionnement cognitif est partiel et n'aborde pas les cognitions sociales

Pp 22 le paragraphe est difficile à comprendre

FNAPSY

J'ai lu avec une grande attention le document que vous m'avez envoyé, concernant les recommandations sur « la grande précarité et les troubles psychiques »

En préambule je voudrais rappeler que la précarité n'implique pas obligatoirement des troubles psychiques, ni le fait d'être sans domicile fixe (je n'ai d'ailleurs pas trouvé de réflexion spécifique sur ce sujet).

Un certain nombre de questions abordées me posent particulièrement problème, questions sur lesquelles la FNAPSY travaille en commissions depuis longtemps. Il ne s'agit donc pas de mon opinion personnelle mais aussi de celle de notre organisation.

-Tout d'abord la réflexion générale trouvée dans les recommandations nous interroge fortement quant à l'absence de préconisation recommandant de s'appuyer sur les travaux déjà effectués et les dispositifs existants : notamment dans le cadre des PTSM (le territoire réunissant tous les acteurs est le lieu idéal pour ce travail) mais aussi le PASS Psy, le Samu Social (qui n'est pas mentionné) et l'existence dans les services psychiatriques (en particulier dans les CMP) du personnel dédié : assistantes sociales psy et éducateurs spécialisés.

-Ma deuxième observation concerne la place quasi exclusive accordée au rétablissement en termes d'approche de soins et d'accompagnement alors que pour les personnes touchées par la maladie psychiatrique, seule une petite partie peut bénéficier de ce qu'on appelle le rétablissement. Cela passe par un parcours qui comprend le diagnostic (qui intervient souvent vers 25 à 30 ans) et qui obère la capacité d'insertion sociale. Ensuite vient un temps plus ou moins long (de 5 à 10 ans) pour comprendre la maladie et l'accepter avec tous les effets secondaires liés aux traitements.

Aucune littérature reconnue à ce jour ne décrit exactement ce qu'on attend et ce qu'on entend sous l'appellation de « rétablissement » et ce d'autant plus que chaque cas est spécifique et dépendant de nombreux facteurs psychiques, physiques, environnements, sociétaux etc.

Il manque dans notre pays une définition précise de ce mot (traduit de l'anglo-saxon « recovery ») et une estimation du nombre de personnes pouvant en bénéficier.

-Enfin et surtout pour les patients que je représente, la pair-aidance est un sujet complexe qui ne peut être confondu avec le champ de la médiation en santé en les regroupant dans un même chapitre

.Le pair-aidant est une personne elle-même fragile (donc devant bénéficier d'un accompagnement extérieur adapté) dont le champ d'intervention doit être clarifié, notamment dans ses articulations avec les autres acteurs de la santé et de l'accompagnement, et surtout quant à son lien de subordination à son employeur (en particulier lorsqu'il s'agit d'une institution)

Cette clarification indispensable est un sujet à part entière. C'est pourquoi ce sujet de la pair-aidance doit être traité de manière globale pour la psychiatrie et la santé mentale par un travail dédié assorti de recommandations spécifiques, et non pas par des recommandations au détour de ce travail sur le sujet particulier de la grande précarité.

De nouveau je suis étonnée que nous n'ayons pas réfléchi en amont, avec tous les moyens à notre disposition (évaluations objectives, dispositions sur le territoire national) et que nous n'ayons pas défini les modalités du poste et d'utilisation de ce dispositif qui pourrait être innovant. Pour rappel au Canada (qui est notre référence) le pair-aidant est non dépendant de la structure qui l'utilise et dans laquelle son référent est le DRH. Il peut ainsi bénéficier par la structure porteuse (association plurielle par exemple) d'une indispensable indépendance d'action.

Je pense donc qu'il serait important tant pour ce dispositif que pour les personnes concernées, qu'une instance (qui pourrait être l'HAS) s'empare de ce sujet pour permettre à nos services tant médicaux que médicaux sociaux d'utiliser ce concept innovant dans de bonnes conditions.

Nous sommes surtout fatigués des innovations non réfléchies et non évaluées, souvent confidentielles pour les personnes concernées et qui devraient pouvoir en bénéficier, sans qu'un espoir non accessible impacte leur vie avec la maladie.

Leur statut non défini doit être réfléchi globalement et non dans ce secteur spécifique de la grande précarité. Les risques de ce statut (exposant des personnes fragiles) et de ce concept innovant doivent être étudiés tant vis à vis des patients pouvant en bénéficier que des professionnels pair-aidants.

À ces réserves majeures près qu'il est indispensable de prendre en compte, on ne peut qu'être reconnaissants à la HAS de s'être penchée sur cet important enjeu de santé publique concernant les troubles psychiques chez les personnes en situation de grande précarité.