

FICHE

Accompagner une personne en situation de grande précarité nécessitant une hospitalisation en psychiatrie

Grande précarité et troubles psychiques

Validée le 30 novembre 2023

L'essentiel

- Les personnes en situation de grande précarité peuvent présenter des états de crise psychiatrique porteuse de risques majeurs pour leur santé et leur sécurité du fait de leur condition de vie (à la rue en particulier).
- Des décisions d'hospitalisation en psychiatrie, en particulier sans consentement, sont parfois nécessaires, elles nécessitent une évaluation clinique et une organisation coordonnée d'un ensemble d'acteurs pour une intervention guidée par l'intérêt de la personne et le souci de sécurité de tous.
- Elles doivent donner lieu à un projet de soin et une mobilisation des services de soins, des services sociaux des établissements et des acteurs externes chargés de la prise en charge pour assurer un suivi hospitalier, post-hospitalier et un accompagnement adapté.

Constats

- Les troubles psychiques sévères, fréquents parmi les personnes en situation de grande précarité, peuvent donner lieu à des situations de crise en lien avec ces troubles.
- Il est constaté :
 - qu'il existe des situations de crise psychiatrique qui se dégradent sans que personne n'agisse, laissant les personnes, en particulier celles vivant à la rue, dans des situations de vulnérabilité extrême ; les personnes formulent rarement une demande de soins ;
 - que lorsque ces situations donnent lieu à une hospitalisation en psychiatrie, les personnes ne bénéficient souvent pas d'un projet de soin et de sortie adapté ; il existe des cas de sortie « sèche », c'est-à-dire sans solution d'hébergement et sans suivi ; le suivi proposé est parfois réduit à un rendez-vous en centre médico-psychologique (CMP).

Mise en œuvre d'une hospitalisation¹

Repérer les situations de crise et alerter

Les professionnels de première ligne (travailleurs sociaux, bénévoles des maraudes, policiers...) ou les citoyens peuvent être confrontés à des situations de personnes en grande précarité présentant des « signes d'appel » qui doivent conduire à une évaluation par un professionnel de santé mentale et peuvent indiquer que la personne est en « crise » sur le plan psychiatrique (le diagnostic de « crise » ne pourra être posé qu'au terme d'une évaluation spécialisée).

→ Plusieurs éléments peuvent être **des signes d'alerte** (au niveau physique, psychologique ou environnemental) **à communiquer** aux équipes d'intervention spécialisées.

- **L'état physique** de la personne. La personne présente-t-elle :
 - un état physique dégradé ou une altération de l'état général physique ?
 - une consommation importante de substances psychoactives ?
 - des problèmes d'hygiène personnelle ?
- **L'état psychologique** de la personne :
 - lorsque la personne est connue : son état psychologique a-t-il évolué brutalement ?
 - a-t-elle l'air effrayée, angoissée, en souffrance ?
 - est-elle capable de s'orienter dans l'espace et le temps ?
 - tient-elle des propos bizarres ou inexplicables ? donne-t-elle l'impression de parler à des êtres qui ne sont pas là ou évoque-t-elle des choses que les autres ne perçoivent pas ?
 - est-elle en retrait, ralentie, abattue, non communicante ?
 - est-elle agitée ? agressive ? menaçante ?
 - accepte-t-elle d'être aidée ?
- **Les facteurs liés à l'environnement** de la personne qui peuvent majorer ou atténuer les problèmes somatiques et psychologiques :
 - contexte et lieu de vie (en particulier si la personne est en squat ou à la rue) ;
 - liens connus avec des acteurs sociaux et de santé (lieux d'accueil, suivi médical, etc.) ;
 - accès à des ressources et capacité à les utiliser (téléphone, transports...) ;
 - accès à un abri, des vêtements adaptés, une protection ;
 - conditions météorologiques ;
 - degré d'isolement et entourage, aidant ou au contraire menaçant ;
 - animaux domestiques.

→ Si la personne est en **détresse et dans l'incapacité de demander** elle-même de l'aide, **les acteurs doivent recourir aux services d'urgence**.

¹ Certaines des préconisations formulées ici peuvent s'appliquer dans le cadre de soins sans consentement, la recherche du consentement de la personne devant rester une priorité. Les recommandations et préconisations formulées dans cette fiche qui concernent les hospitalisations et soins sans consentement s'inscrivent dans le cadre de la loi et de la réglementation en vigueur, c'est-à-dire les articles L. 3211-1 à L. 3211-13 du Code de la santé publique (droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques).

L'attitude est à adapter en fonction du degré d'urgence :

- dans les cas de péril extrême, les numéros d'urgence sont un premier recours possible (Samu, pompiers, police, numéro d'urgence « suicide » 3114, le cas échéant) ;
- dans la plupart des cas, il est souhaitable de contacter le service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital le plus proche ou le centre d'accueil et de crise (CAC) ou centre d'accueil permanent (CAP) lorsqu'ils existent ; un accompagnement physique peut être nécessaire ;
- lorsque la personne est capable d'indiquer un contact dans un service (secteur de psychiatrie, équipe de soins primaires, équipe sociale, équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)), ces acteurs doivent être prévenus ; ils pourront, le cas échéant, orienter et assurer une continuité auprès de la personne ;
- en cas de situation particulièrement complexe (par exemple, situation de rue dégradée avec une personne refusant tout contact), les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) disposent des compétences spécialisées pour évaluer et intervenir ; elles seront sollicitées par les acteurs de soins et acteurs sociaux alertés sur la situation.

Réaliser une évaluation, préparer et mettre en œuvre l'intervention

- **L'équipe intervenant** (équipe constituée ou acteurs en coordination – SAU, secteur psychiatrique, EMPP par exemple) :
 - **s'enquiert** auprès des personnes ayant signalé la situation :
 - de **l'identité de la personne**, de ses éventuelles **admissions en soins psychiatriques** antérieures, des **autres équipes impliquées** dans son accompagnement, de **son parcours**,
 - de **l'existence** éventuelle **d'une personne de confiance et d'un plan de prévention partagé/de directives anticipées psychiatriques** ;
 - **organise une ou des rencontres** préalables avec la personne ;
 - **réalise une évaluation clinique** par un médecin permettant de **caractériser le trouble psychique et la capacité (ou l'incapacité) à consentir**.

Cette évaluation comprend les antécédents et la symptomatologie psychiatriques (idées délirantes et hallucinations, catatonie, apathie, désorientation, désorganisation psychique, anosognosie, etc.), les troubles du comportement, l'imprévisibilité, le risque suicidaire ; mais aussi l'état somatique et les facteurs environnementaux. Le contexte de vie, d'errance en particulier, doit être pris en compte en plus des arguments cliniques dans la balance bénéfiques/risques (respect de l'autonomie *versus* protection).

Autant que possible :

- les constats doivent être partagés en équipe pluridisciplinaire ;
- des avis différents doivent être recherchés, y compris ceux de pairs-aidants.

- **La décision d'hospitalisation doit être prise après avoir vérifié que les alternatives à l'hospitalisation ont été tentées.**
- Si une décision d'hospitalisation est prise, la personne doit être **informée de l'intervention** prochaine et il convient de **recueillir son consentement jusqu'au bout**.

L'équipe responsable de l'intervention :

- identifie la structure d'accueil et l'informe de l'intervention prévue (service d'urgence, service d'hospitalisation public ou privé...) ; si la personne est suivie dans un secteur psychiatrique,

une prise en charge par ce secteur est privilégiée et anticipée ; en cas de problèmes somatiques urgents, le projet de prise en charge doit être adapté ;

- met en œuvre les procédures prévues pour les hospitalisations sans consentement² ;
- organise l'intervention avec les équipes (selon le cas, ambulance, Samu/Smur, SAU, police, etc.) au préalable, en déterminant une date, un horaire et un lieu de rendez-vous, en s'assurant de l'accessibilité du site, des possibilités de communication entre les acteurs et de la présence du patient. L'utilisation de la force doit être proscrite et une posture bienveillante recommandée lors du brief ;
- s'assure :
 - de la présence sur site de professionnels de santé ainsi que du matériel nécessaire,
 - lors du transport, d'un accompagnement par deux personnes si possible, présentes en continu auprès du patient ; de ne quitter le patient que lorsqu'on lui a attribué une chambre,
 - d'un recueil des besoins de la personne : habits, tabac, etc., et d'une réponse à ceux-ci.

Mettre en œuvre un projet de soin, accompagner la sortie et le projet de la personne

→ Le **séjour hospitalier** et « **l'après-hospitalisation** » doivent être préparés et anticipés, avec des objectifs clairs et **évalués avec la personne, en lien avec ses aspirations et attentes**, en particulier, le séjour peut être une **occasion de préparer un projet de sortie de rue** pour une personne durablement en rupture avec les dispositifs sociaux et de santé.

→ Pendant le séjour hospitalier, il est nécessaire de s'assurer :

- qu'un **examen somatique** soit réalisé ;
- en cas de comorbidités addictives, **du lien avec les structures addictologiques** pouvant intervenir en hospitalisation ;
- du **règlement de tout problème d'accès aux droits et aux prestations sociales** ;
- du maintien de la **continuité du lien et de l'accompagnement**.

- L'accès et le maintien dans les droits, et plus largement le volet social du projet d'hospitalisation nécessitent l'intervention des services sociaux, le temps de l'hospitalisation étant l'occasion de traiter l'ensemble de ces aspects.
- La continuité du lien et de l'accompagnement nécessite :
 - un débrief de l'hospitalisation avec tous les acteurs. Pour les cas complexes, une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est préconisée ;
 - la possibilité pour les intervenants en contact avec la personne en amont de l'hospitalisation de lui rendre visite, même lorsqu'il ne s'agit pas de ses référents habituels ;
 - avec l'accord de la personne, une transmission des informations aux équipes qui la suivent, dont les EMPP, les équipes de secteur et les équipes du secteur accueil hébergement insertion.

² Code de la santé publique : articles L. 3211-1 à L. 3211-13 Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. On peut se référer utilement au site : [Soins pour troubles psychiatriques | Service-public.fr](https://www.service-public.fr/soins-troubles-psychiatriques)

→ **La sortie d'hospitalisation ne peut en aucun cas être une sortie « sèche »**, sans hébergement et sans suivi adapté ; la durée du séjour doit être adaptée aux objectifs thérapeutiques.

Les équipes sanitaires et sociales des centres hospitaliers doivent construire des projets de sortie en coordination avec les SIAO.

Une hospitalisation ne doit pas faire perdre à la personne sa solution de logement/hébergement.

La période post-hospitalisation doit être anticipée dès l'admission. Cela inclut :

- un contact précoce avec l'équipe référente du soin psychiatrique ; qui peut assurer l'accompagnement de la transition que représente la sortie d'hospitalisation (continuité du suivi, accompagnement de la personne dans la création d'un réseau et dans l'identification des ressources en soutien de sa nouvelle vie, etc.) ;
- l'association de l'entourage, s'il existe, avec l'accord de la personne concernée ;
- l'organisation avec la personne des relais nécessaires vers les équipes sanitaires et sociales, dont le médecin traitant, en s'assurant de délais raisonnables et en s'assurant que la personne dispose du réseau et des moyens suffisants pour se rendre aux rendez-vous ;
- la mobilisation des dispositifs « post-cure » de la psychiatrie : foyer post-cure, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique, services de soins intensifs dans la cité, etc. ;
- la possibilité de distribution médicamenteuse en intra-hospitalier ou dans toute structure extra-hospitalière ; les PASS peuvent notamment être sollicitées ;
- la possibilité, à l'issue d'un épisode d'hospitalisation complète sans consentement, d'un programme de soins psychiatriques sans consentement.