



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Grande précarité et troubles psychiques

Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques

Validé par le Collège le 30 novembre 2023

Descriptif de la publication

Titre	Grande précarité et troubles psychiques Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques
Méthode de travail	Méthode adaptée des méthodes « recommandation pour la pratique clinique » et « recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social »
Objectif(s)	Définir des bonnes pratiques et des repères communs à l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes en situation de précarité porteuses de troubles psychiques, appuyés sur les expériences existantes.
Cibles concernées	Les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire, social et médico-social. Les élus locaux et territoriaux et les agents de l'État chargés de l'organisation nationale et territoriale des soins et de l'accompagnement et de l'accueil du public. Les citoyens et bénévoles impliqués dans l'accompagnement de ces personnes. Les personnes concernées.
Demandeur	Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Madame Anne Depaigne-Loth et Madame Florence Ligier, cheffes de projet, Dr Marie-José Moquet adjointe au chef de service (service des bonnes pratiques, SBP), Madame Aïssatou Sow, adjointe au chef de service (service recommandations (SR), Dr Pierre Gabach, chef de service (SBP) et Madame Manuela Cheviot, cheffe de service (SR). Secrétariat : Madame Michèle Le-Moigne
Recherche documentaire	Madame Sophie Nevière, documentaliste, Madame Laurence Frigère, assistante documentaliste
Auteurs	Madame Anne Depaigne-Loth et Madame Florence Ligier, cheffes de projet, Dr Aurélie Tinland, chargée de projet, Monsieur Simon Renner et Madame Ysé Roch, chefs de projet pour la partie concernant le numérique
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf). Par ailleurs, la base de données publique « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessibles les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des membres du groupe de travail à ce travail.
Validation	Version du 30 novembre 2023
Actualisation	
Autres formats	Rapport d'élaboration, synthèse et fiches outils

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information,
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – novembre 2023 – ISBN : 978-2-11-172098-5

Sommaire

Introduction	5
1. Principes, éthique et postures	10
1.1. « Aller vers » les personnes et proposer un accueil et un accompagnement inconditionnels	10
1.2. Soutenir l'autodétermination et développer le pouvoir d'agir	11
1.3. Transformer l'environnement pour le rendre soutenant	11
1.4. Lutter contre la stigmatisation et l'autostigmatisation	12
1.5. Mettre en place dès que possible une approche préventive et des interventions précoces	12
1.6. Mettre en place des espaces de réflexion collégiale pour interroger ses pratiques en continu	13
2. Assurer l'accès aux droits et leur respect	14
2.1. L'accès aux droits et le maintien dans les droits	14
2.2. Le droit au logement	17
2.3. Le droit à l'hébergement et à une domiciliation	17
2.4. Le droit d'accéder aux soins et à la prévention en santé	18
2.4.1. L'accès à une couverture santé	18
2.4.2. L'accès à la santé	18
2.4.3. Un levier de l'accès à la santé : la médiation en santé	20
2.5. L'accès à l'information et la communication	21
3. Mettre en place et coordonner les interventions auprès de la personne	24
3.1. Développer des organisations pluridisciplinaires : l'articulation des interventions et des acteurs (santé, accompagnement, hébergement, insertion, logement)	24
3.2. Répondre par des interventions centrées sur la personne, ses besoins et ses forces	28
3.2.1. Prévenir la dégradation des situations et répondre de manière précoce	28
3.2.2. Les premiers contacts « aller vers et accueillir »	29
3.2.3. L'évaluation des attentes et des besoins	31
3.2.4. Les interventions	32
3.2.5. La place de la pair-aidance	36
4. Accompagner des situations particulières : crises et urgences psychiatriques, moments de transition	38
4.1. Crises et urgences psychiatriques	38
4.2. Les périodes de transition	41
5. Former et soutenir les acteurs	44
5.1. Former les acteurs	44
5.2. Soutenir les acteurs	45

6.	Accompagner les personnes présentant des vulnérabilités spécifiques	47
7.	Construire une réponse publique coordonnée	56
7.1.	Apporter une réponse publique à la hauteur des besoins	56
7.2.	Coordonner les acteurs au niveau national et sur un territoire	59
	Participants	62
	Abréviations et acronymes	67

Introduction

Des constats convergents font apparaître l'insuffisance des réponses apportées aux difficultés des personnes cumulant une situation de grande précarité et des troubles psychiques. Des freins structurels sociaux et économiques, des modes d'intervention professionnels cloisonnés, des dispositifs saturés et une stigmatisation fréquente peuvent conduire à des situations critiques, les personnes étant parfois laissées dans une détresse extrême. Des repères communs sont à définir pour l'ensemble des acteurs, qu'ils soient professionnels de santé ou de l'action sociale et médico-sociale, responsables publics, professionnels du logement, de la formation ou de l'emploi, bénévoles, membres de l'entourage ou citoyens.

Le périmètre des recommandations

La population concernée par cette recommandation est délimitée par deux critères.

- La grande précarité, avec comme « marqueur » le logement

Les populations principalement concernées par la recommandation sont d'abord et principalement les personnes ne disposant pas de logement personnel, qu'elles soient sans-abri, hébergées dans des établissements et dispositifs d'hébergement sociaux, ou chez des tiers. Cependant, afin de prendre en compte la prévention de la dégradation des situations, les populations en situation de précarité présentant des troubles psychiques en difficulté dans leur logement et risquant de le perdre sont intégrées au périmètre de la recommandation¹.

- Les troubles psychiques

La notion est appréhendée ici de manière large et recouvre à la fois les troubles psychiques caractérisés et les manifestations de souffrance psychique. Les personnes cumulant les vulnérabilités (problématiques sociales, administratives, somatiques et de santé mentale interdépendantes) présentent en effet souvent des tableaux complexes, sans diagnostic établi, le champ clinique est ainsi délibérément défini de manière large. Les réponses apportées doivent s'adapter à la sévérité et la nature des troubles.

Par ailleurs, la recommandation concerne les personnes adultes. La question des familles avec enfants est abordée, mais la question des enfants et adolescents en grande précarité relevant de la responsabilité de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ne relève pas du champ de cette recommandation.

Les situations des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques

Le nombre de personnes sans logement personnel ne cesse de croître depuis 20 ans. En 2001, l'INSEE évaluait à 90 000 le nombre de personnes sans domicile, et à 140 000 en 2012. La Fondation Abbé Pierre estime qu'il y aurait en 2022 près de 330 000 personnes concernées. Par ailleurs, les profils des personnes sans domicile évoluent. Même si les hommes adultes isolés restent majoritaires, la part des femmes et des enfants augmente. La part des personnes de moins de 25 ans et de plus de 50 ans augmente, ainsi que la part des personnes nées à l'étranger.

Les personnes sans domicile présentent un état de santé psychique dégradé par rapport à la population générale. La prévalence d'au moins un trouble psychique dans la population sans domicile est évaluée à plus de 75 % dans la littérature internationale.

¹ La notion de « personnes en situation de grande précarité » ainsi définie correspond largement à celle de *people experiencing homelessness* utilisée dans la littérature scientifique, reprise dans les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) publiées en 2022.

En France, nous ne disposons pas de données récentes mais l'enquête Samenta a montré qu'en 2010, 31,5 % des personnes sans domicile à Paris souffraient d'au moins un trouble psychiatrique sévère.

Les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques ont des besoins sociaux et de santé complexes :

- leur situation se caractérise par une intrication de vulnérabilités multiples et profondes (précarité sociale, problèmes de santé somatique, situation administrative, problèmes de santé mentale, souffrance psychique, addictions...); certaines situations individuelles peuvent être particulièrement dégradées, appelant des mesures d'urgence ;
- il peut y avoir de leur part un désengagement par rapport aux dispositifs sociaux et de santé, du fait du trouble psychique lui-même, mais aussi de raisons multiples (méconnaissance, barrière linguistique, discriminations, refus de soins et expériences antérieures vécues comme désastreuses entraînant une défiance vis-à-vis des institutions) ;
- ces personnes ont parfois des comportements (agitation, violences...) qui peuvent mettre en tension des institutions déjà saturées de demandes ; elles sont donc souvent sujettes à des formes de rejet institutionnel.

Les liens complexes entre précarité et santé mentale

Les liens entre précarité sociale et santé mentale sont complexes. Si les troubles psychiques et en particulier les troubles sévères tels que les psychoses tendent à précariser les personnes en altérant leurs capacités relationnelles et sociales, les situations de grande précarité accentuent la souffrance et les troubles psychiques.

Plus largement, la santé et la santé mentale sont influencées par des déterminants de santé : les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Malgré un bon niveau de santé, la France reste marquée par de fortes inégalités de santé, l'une des plus marquantes étant la durée et l'espérance de vie. L'âge moyen au décès s'établit à 48 ans pour les personnes sans domicile selon le décompte du collectif Les morts de la rue alors que l'espérance de vie est de 79,3 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2022 en population générale.

Au-delà de réponses immédiates, c'est une mobilisation précoce et globale contre les inégalités sociales de santé qui est nécessaire pour répondre aux enjeux des situations des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques.

Des freins structurels, des réponses déficientes et cloisonnées, des expériences de coordination insuffisamment portées et diffusées

Ces personnes dont la situation est marquée par de multiples vulnérabilités peuvent être laissées dans des situations critiques, voire être abandonnées par les dispositifs prévus pour leur venir en aide. L'intrication des problématiques (sociales, administratives, somatiques, psychiques...) :

- nécessiterait des réponses précoces, globales et coordonnées, appuyées sur des organisations pluridisciplinaires centrées sur les besoins, capacités et attentes des personnes ;
- devrait impliquer un ensemble large d'acteurs : les décideurs publics, les professionnels de santé, en particulier de la psychiatrie, du travail social et du secteur médico-social, mais aussi l'ensemble des bénévoles et professionnels au contact quotidien de ces personnes ;
- nécessiterait une gamme de réponses diversifiées adaptées à la diversité des populations et des territoires.

Or, il existe de nombreux freins à l'accès aux soins, au logement, aux droits (logement, santé) et aux prestations sociales de ces personnes. Les situations sont en grande partie déterminées par certains facteurs sociaux, économiques, politiques et environnementaux (politiques nationales, protection sociale, niveau de vie, état du marché du logement, état du marché de l'emploi, phénomènes de migrations internationales) qui dépassent le champ de compétences et d'action des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Dans la pratique, cela conduit à de nombreux dysfonctionnements :

- des réticences des établissements et structures à accueillir ces personnes, le cumul des vulnérabilités, rendant l'accompagnement difficile. Les professionnels (intervenants sociaux, bailleurs, professionnels de la santé) peuvent craindre d'être laissés seuls face à ces situations ;
- des cloisonnements persistants entre champs d'intervention (santé, travail social, mais aussi psychiatrie et addictologie) qui freinent la mise en place d'un accompagnement global ;
- des phénomènes de non-recours aux dispositifs d'aide et de santé, notamment parce que les personnes ne sont pas toujours en mesure de formuler une demande d'aide ou de soins, voire ont des craintes par rapport aux dispositifs.

Face à la complexité de ces situations, les professionnels peuvent parfois céder à un sentiment d'impuissance conduisant à un évitement.

En réponse, les personnes concernées peuvent également céder à un sentiment d'impuissance et de découragement conduisant à une non-demande et à un rejet de l'aide proposée.

Depuis plusieurs années, des acteurs se mobilisent pour apporter des réponses à ces personnes.

- Au niveau national, se déploient en particulier :
 - les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
 - le programme « un chez-soi d'abord » ;
 - les résidences accueil et les solutions de logement accompagné ;
 - de manière plus récente, des mesures de renforcement de l'accès aux soins et en particulier aux soins psychologiques pour les populations les plus éloignées du soin (interventions de psychologues en centres d'hébergement, renforcement des démarches d'« aller vers », etc.).
- Au niveau local, il existe de nombreuses initiatives portées par les acteurs des services dits de droit commun, des associations ou des membres de la société civile :
 - des organisations articulant les interventions accompagnement social, logement, accès à la santé somatique et psychique et à la prévention, à l'emploi pour proposer des réponses globales ;
 - des démarches d'« aller vers » ;
 - des espaces de partage, d'échanges entre pairs, de soutien et d'activités collectives.

Cependant, les réponses restent insuffisantes au regard des besoins, et les initiatives locales, reposant souvent sur une volonté des acteurs et des financements fragiles, ne se diffusent pas ou peu.

Les cibles des recommandations

Les recommandations s'adressent :

- aux professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale (psychiatres, infirmiers en psychiatrie, psychologues, paramédicaux, travailleurs sociaux des équipes de psychiatrie...) ;

- aux professionnels intervenant dans les dispositifs accueil, hébergement et insertion (AHI), dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et dans les dispositifs pour personnes à difficultés spécifiques amenés à accueillir régulièrement ces personnes ;
- aux professionnels de santé non spécialisés en psychiatrie : médecins généralistes, infirmiers et professionnels paramédicaux en soins primaires, en particulier en structures d'exercice coordonné, en établissements de santé, notamment en services d'urgence, etc. ;
- aux autres professionnels du champ de la santé : services sociaux des établissements de santé en particulier, agents administratifs, médiateurs en santé, etc. ;
- aux différents acteurs des structures addictologiques ;
- aux professionnels intervenant dans les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap psychique ;
- aux travailleurs sociaux intervenant dans les conseils départementaux, dans les centres communaux d'action sociale (CCAS) ;
- aux pairs-aidants participant aux équipes sanitaires et sociales intervenant auprès de ces publics ;
- aux professionnels du logement (logement accompagné, logement social...) ;
- aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs, pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection.

Elles s'adressent également aux élus locaux et territoriaux, aux agents de l'État chargés de l'organisation nationale et territoriale des soins et de l'accompagnement ainsi que de l'accueil du public et aux services d'urgence (forces de police et de gendarmerie, pompiers...).

Elles s'adressent également aux citoyens, bénévoles impliqués au quotidien dans l'accompagnement de ces personnes.

Enfin, elles s'adressent aux personnes concernées.

Objectif des recommandations

L'objectif de ces recommandations est de définir des bonnes pratiques, appuyées sur les expériences existantes (pratiques individuelles et d'équipe, organisations et dispositifs) et de les diffuser auprès des professionnels de santé et des secteurs social et médico-social (spécialisés ou non dans l'accompagnement de ces publics) ainsi que des responsables territoriaux et nationaux.

Au-delà, il s'agit de définir des repères communs utiles à l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes en situation de précarité porteuses de troubles psychiques, professionnels intervenant dans le quotidien de ces personnes (bailleurs, agents d'une administration...), bénévoles, membres de l'entourage ou citoyens.

Ces repères en termes de principes d'intervention, de postures et pratiques individuelles et d'équipe ainsi que d'organisations et de coopérations visent à soutenir l'action de chacun pour proposer un accompagnement global de qualité.

Ces recommandations ont vocation à être travaillées en équipe et en réseau partenarial pour permettre leur déclinaison opérationnelle sur un territoire.

Ces recommandations sont accompagnées de 8 fiches outils, 5 permettant de spécifier les recommandations à destination de certaines catégories d'acteurs :

- fiche outil – Décideurs publics et administrations ;
- fiche outil – Accompagnement par les équipes sociales ;

- fiche outil – Accompagnement par les équipes de psychiatrie ;
- fiche outil – Accueil et prise en charge aux urgences et en services d'hospitalisation somatique ;
- fiche outil – Accueil et prise en charge par les équipes de soins primaires ;

et 3 développant des thématiques spécifiques identifiées lors du cadrage des travaux :

- fiche outil – Développer le recours aux pairs-aidants ;
- fiche outil – Prévenir la dégradation des situations et intervenir de manière précoce ;
- fiche outil – Accompagner une personne en situation de grande précarité nécessitant une hospitalisation en psychiatrie.

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...).

→ Il est recommandé que les professionnels et intervenants fondent leurs pratiques sur les six principes suivants :

- « **aller vers** » les personnes et proposer un accueil et un accompagnement inconditionnels² ;
- **soutenir l'autodétermination** des personnes et développer leur pouvoir d'agir ;
- transformer l'environnement pour le rendre **soutenant** ;
- **lutter contre la stigmatisation** et l'autostigmatisation ;
- mettre en place dès que possible **une approche préventive** et des interventions précoces ;
- **interroger ses pratiques** en continu.

1.1. « Aller vers » les personnes et proposer un accueil et un accompagnement inconditionnels

Les services (secteurs psychiatriques et autres acteurs de la psychiatrie, services sociaux médico-sociaux et de santé tels que les structures de soins primaires et les structures addictologiques, les équipes mobiles ainsi que les services administratifs, les lieux d'accueil de jour et d'hébergement, etc.) accueillant les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques doivent proposer :

- un **accueil et un accompagnement inconditionnels**, souples et adaptés aux personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques et permettant de leur apporter une réponse « là où elles en sont, au moment où elles le souhaitent ».

Cela peut comprendre en particulier :

- une organisation souple : plages d'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 réduction des risques et des dommages³,
- 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) et/ou un arrêt des consommations de substances psychoactives ;

² L'accueil et l'accompagnement inconditionnels doivent être entendus ici comme un accueil et un accompagnement de la personne sans conditions ni prérequis, là où elle en est dans son parcours. Cet accueil et cet accompagnement inconditionnels s'inscrivent dans une démarche réflexive permettant une adaptation au plus près des besoins des personnes.

³ Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ; [Haute Autorité de santé – Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages \(RdRD\) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux \(ESSMS\) \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/prevention/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-rd-rd-dans-les-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms)

- une démarche d’**« aller vers » les personnes** même lorsqu’elles ne formulent pas de demande explicite. L’« aller vers » 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. C’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 présentant des troubles psychiques qui implique de se rendre disponible. Il importe également de **« rester avec »** les personnes (contacts réguliers, disponibilité, etc.) dès lors qu’elles le souhaitent, aussi longtemps que nécessaire.

Pour les personnes qui ne souhaiteraient pas s’engager dans des soins ou un accompagnement, **il est conseillé de respecter ce choix**⁴ et de :

- positionner son service comme un repère, **d’être présent** et d’offrir une continuité et une disponibilité dans la proposition d’accompagnement ;
- **laisser les personnes aller et (re)venir** autant que possible. Pour les personnes qui sont réticentes par rapport aux institutions, cette possibilité d’allers-retours est essentielle.

1.2. Soutenir l’autodétermination et développer le pouvoir d’agir

La personne est la plus à même d’identifier ses attentes, ses forces et ses difficultés, même si les troubles psychiques peuvent, à certains moments, affecter le discernement. Le rôle des acteurs qui accompagnent les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques n’est donc pas tant d’agir à leur place que de **soutenir leur 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 **prendre le contrôle de sa vie, de croire 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 (confiance, réciprocité et engagement mutuel) ;
- le **repérage des forces**, capacités et savoirs, passés et présents de la personne ;
- une **attitude bienveillante, empathique et « non jugeante »** pour permettre à la personne d’exprimer et de vivre ses choix. Cela implique d’être conscient que chacun « juge » autrui à certains moments et d’apprendre à lutter contre ses propres préjugés pour offrir à l’autre le droit à la différence et à l’autonomie. S’appuyer sur **des équipes diversifiées** (en termes d’âge, de genre, de culture, d’expérience professionnelle et personnelle) permet une meilleure acceptation des particularités de chacun ;
- le **développement des liens sociaux** des personnes et la facilitation de leur **participation** (aux soins, à l’accompagnement, au fonctionnement des institutions et à la vie citoyenne) sans pour autant l’imposer.

1.3. Transformer l’environnement pour le rendre soutenant

- Au niveau de chaque structure ou service (spécialisé ou de « droit commun »), l’accueil des personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques suppose :
 - d’établir **un environnement sécurisant et bienveillant**.

⁴ En dehors des cas expressément prévus par la loi (soins sans consentement), qui supposent cependant l’information et la recherche d’adhésion.

Cela implique :

- d'apporter une réponse immédiate et inconditionnelle aux besoins fondamentaux⁵,
- d'assurer pour les personnes 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,
- de promouvoir les approches sensibles au traumatisme ;
- d'inscrire son service dans le tissu local, de le faire connaître, de **développer des partenariats diversifiés et structurés** pour assurer la continuité des parcours ;
- d'assurer **la reconnaissance des droits des personnes**.

1.4. Lutter contre la stigmatisation et l'autostigmatisation

- Repérer et expliquer les discriminations dont sont victimes les personnes permet de lutter contre la stigmatisation. Développer des **actions de lutte contre les discriminations et la stigmatisation** (des troubles psychiques, des addictions, des situations de précarité...) permet de faire évoluer les préjugés. Les phénomènes d'autostigmatisation doivent être pris en compte.
- **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 enfermants, infantilisans, voire blessants.
 - Il est nécessaire que les acteurs intervenant auprès de ce public interrogent 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.
 - Les professionnels du champ de la santé et du travail social peuvent également être porteurs de stigmatisation, il est essentiel de les former et les sensibiliser à l'importance du langage dans la lutte contre la stigmatisation dès la formation initiale et tout au long de la carrière. Ces formations doivent être construites avec les personnes concernées. Elles associent les autres intervenants (bénévoles, écoutants, etc.).

1.5. Mettre en place dès que possible une approche préventive et des interventions précoces

Les situations les plus complexes d'intrication entre grande précarité et troubles psychiques sont souvent le résultat de longs parcours d'errance.

- Il est fondamental de dépister/repérer afin d'intervenir ou d'orienter au plus tôt et autant que possible de manière préventive, coordonnée et suivant des temporalités adaptées sur les facteurs de rupture de vie et de soins (isolement, violence intrafamiliale, addictions, instabilité

⁵ Nourriture, logement, accès à l'hygiène, accès aux soins de santé somatique et psychique urgents. Pour les personnes présentant des addictions les besoins fondamentaux comprennent l'alcool et/ou le tabac et/ou les traitements de substitution. Haute Autorité de santé (2020). Covid-19 – Les mesures barrières et la qualité du lien dans le secteur social et médico-social. Saint-Denis La Plaine, HAS ; [Haute Autorité de santé – Covid-19 – Les mesures barrières et la qualité du lien dans le secteur social et médico-social \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/haute-authorite-de-sante/rapports-et-publications/covid-19-et-sant%C3%A9-mentale/les-mesures-barri%C3%A8res-et-la-qualit%C3%A9-du-lien-dans-le-secteur-social-et-m%C3%A9dico-social)

résidentielle, premiers symptômes de troubles sévères, etc.) et les facteurs permettant une mobilisation des capacités et ressources des personnes.

- Une sensibilisation aux inégalités sociales de santé et une attitude de vigilance par rapport aux situations de précarité favorisent la mise en place d’approches préventives.

1.6. Mettre en place des espaces de réflexion collégiale pour interroger ses pratiques en continu

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, lorsqu’ils n’existent pas, 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 professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social ne peuvent échanger ou partager des informations que dans le respect du secret professionnel, conformément aux articles L. 1110-4 et R. 1110-1 et suivants du Code de la santé publique (CSP).

2. Assurer l'accès aux droits et leur respect

L'accès aux droits est déterminant pour l'inscription dans un parcours (de santé, d'insertion sociale, de vie). Le non-recours aux droits des personnes a des conséquences délétères sur leur santé somatique et psychique.

- ➔ Il est recommandé aux pouvoirs publics et aux intervenants de veiller à **l'accès et au maintien des droits des personnes en situation de grande précarité**.
 - Cela requiert en particulier de :
 - promouvoir la **reconnaissance** de l'ensemble des droits ;
 - **d'informer et accompagner** les personnes dans leurs démarches d'ouverture ou de renouvellement de droits ; de **simplifier** l'accès aux droits ;
 - assurer l'effectivité du **droit au logement**, à l'hébergement et à la domiciliation ;
 - donner accès à une **couverture santé** ;
 - organiser **l'accès aux soins** somatiques et psychiatriques.
 - Parmi les leviers de l'accès aux droits, on identifie plus particulièrement :
 - la **médiation en santé** ;
 - le développement de **l'accès à l'information et à la communication**, y compris au travers de la **médiation numérique** et de **solutions numériques**.

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

- ➔ Il est recommandé d'assurer **l'accès effectif des personnes à l'ensemble de leurs droits et promouvoir la reconnaissance de ceux-ci**.

Cela implique notamment :

- pour les pouvoirs publics :
 - de faciliter les procédures administratives d'accès aux droits (droits humains, droits sociaux...),
 - de sensibiliser les agents aux spécificités de l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques ;
- pour les services accompagnant des personnes en grande précarité et présentant des troubles psychiques :
 - de mener une action de sensibilisation auprès des administrations, des partenaires et du grand public pour 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.

- ➔ Il est recommandé aux intervenants des **services sociaux** accompagnant les personnes :
 - **de les informer** sur leurs droits, les prestations auxquelles elles peuvent prétendre et les modalités pour y accéder ; l'information doit être adaptée aux capacités de compréhension des personnes ;
 - **d'aller vers** les personnes en situation de non-recours ;

- **de rappeler aux personnes leurs rendez-vous** pour les ouvertures de droits et le renouvellement de ceux-ci ;
- **de proposer aux personnes de les accompagner** lors de leurs rendez-vous pour l'ouverture de droits et le renouvellement de ceux-ci.

Les services sociaux concernés sont multiples : lieux d'accueil de jour et d'hébergement, services sociaux des établissements de santé, travailleurs sociaux des centres médico-psychologiques (CMP) et autres structures ambulatoires de psychiatrie, services sociaux des départements et des centres communaux d'action sociale (CCAS), travailleurs sociaux des structures addictologiques, etc.

L'information sur les prestations doit être complète et 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).

Le choix des moyens de communication pour les rappels aux personnes doit être fait en fonction de leurs préférences (téléphone, sms, mails, courrier, rencontre, tiers aidant).

Les personnes devraient pouvoir choisir si elles souhaitent être accompagnées et autant que possible par qui (professionnel de santé, médiateur en santé, travailleur social, pair-aidant, réseau...).

- ➔ Il est recommandé aux services accompagnant les personnes en situation de grande précarité de **développer des partenariats et des conventionnements avec les administrations** (y compris les caisses) 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.

- ➔ Il est recommandé aux administrations de **simplifier l'accès aux droits**.

Cela suppose notamment :

- **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** pour l'ouverture des droits ;
- d'accepter les justificatifs de manière souple et de **ne pas imposer de contraintes au-delà de la réglementation** ;
- **d'automatiser l'accès aux prestations** autant que possible.

L'automatisation devrait être généralisée en ne justifiant de sa situation qu'une fois pour l'accès à l'ensemble des prestations.

Le développement de l'« aller vers » par les administrations

Dans le cadre de la stratégie nationale de pauvreté, des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des caisses d'allocations familiales (CAF) ont déployé des démarches d'« aller vers » les publics mis à l'abri lors du premier confinement lié à la pandémie de Covid-19 en 2020. Cela a permis d'ouvrir des droits pour 2 000 personnes. Cette démarche d'« aller vers », décrite dans un dossier de La Santé en Action établi par Santé publique France en 2021 (« Aller vers pour promouvoir la santé des populations »), a de plus été très appréciée des agents qui ont eu le sentiment d'améliorer la qualité du service rendu et de développer une réelle mission de service public.

Le regroupement de différents services sur un même site

Dans le cadre de l'accueil des populations réfugiées d'Ukraine, des lieux d'accueil regroupant le service des étrangers de la préfecture, l'Office français de l'immigration et intégration (OFII), la caisse d'allocation familiale (CAF), la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Pôle emploi, une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), l'inspection académique ainsi que des associations spécialisées dans l'accueil des migrants et le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) ont été ouverts. Cela a permis aux personnes d'accéder à l'ensemble de leurs droits de manière simple et rapide.

Par ailleurs, au-delà du non-recours complet aux droits et prestations, certaines personnes peuvent connaître des **périodes de non-recours partiel ou de nonaccès temporaire à leurs droits** :

- les périodes de transition (sorties d'institution, changement de statut, de lieu de vie...) sont repérées comme particulièrement à risque de nonaccès 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 (naissance, veuvage, départ à la retraite, sortie d'incarcération, perte de droit au séjour...) et des changements de département (voir aussi section 4.2) ;
- 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.

→ Il est recommandé aux administrations **d'anticiper autant que possible et de traiter les changements de situation (résidence, situation familiale...) dans les meilleurs délais**. Cette recommandation, valable pour tous, s'applique d'autant plus aux publics fragilisés par la précarité et la maladie.

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 sont amenées à se déplacer.

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 convenable⁶.

En France, le droit à un logement est reconnu comme un droit à valeur constitutionnelle⁷ et garanti par la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 qui le rend opposable (droit au logement opposable (DALO))⁸.

Les situations de mal-logement et particulièrement le sans-abrisme sont à l'origine d'inégalités sociales de santé majeures.

→ Il est recommandé à l'ensemble des acteurs des secteurs social, médico-social et sanitaire d'accompagner les personnes pour faciliter **l'accès effectif à leur droit au logement ou, à défaut, à l'accès à une solution d'hébergement.**

Selon le cas, les professionnels réalisent cet accompagnement directement ou en orientant les personnes vers les partenaires spécialisés.

→ Il est recommandé aux professionnels du logement et du logement accompagné **de donner la priorité aux personnes les plus vulnérables**, notamment celles qui présentent des troubles psychiques, dans l'attribution des logements.

Le cas échéant, les services spécialisés dans l'accompagnement des transitions (service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), appartements de coordination thérapeutique (ACT) hors les murs, équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), etc.) peuvent être mobilisés.

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

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.

→ **Les personnes doivent être domiciliées**, si elles le souhaitent, au plus proche de leur bassin ou lieu de vie habituel⁹.

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

⁶ Committee on Economic SaCR, Office of the High Commissioner for Human Rights. General comment No. 4: The right to adequate housing (art. 11 (1) of the Covenant). Geneva: OHCHR; 1991.

⁷ Décision n° 94-359 DC du 19 janvier 1995.

⁸ Code de la construction et de l'habitation, articles L. 300-1 et suivants.

⁹ Code de l'action sociale et des familles (CASF), art. L. 264-1 à L. 264.10 et D. 264-1 à D. 264-15 [Chapitre IV : Domiciliation \(articles L. 264-1 à L. 264-10\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#) ; Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), art. L. 551-7 et art. R. 551-7 à R. 551-15 ; Code civil, art. 108-3.

et s'y maintenir jusqu'à ce qu'une solution adaptée à sa situation lui soit proposée. Un accompagnement personnalisé doit également être proposé¹⁰. La loi n° 2007-290 du 5 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.

Dans les faits, ce droit n'est pas toujours respecté.

- Les solutions d'hébergement doivent respecter l'obligation de continuité. Dès lors que les personnes bénéficient d'une solution d'hébergement stable, il est **recommandé qu'elles puissent y recevoir leur courrier** et qu'une **attestation d'hébergement** leur soit délivrée.

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

2.4.1. L'accès à une couverture santé

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

- Il est recommandé aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) d'instruire rapidement les **dossiers d'accès à une protection santé des personnes en situation de grande précarité** et d'accepter les preuves de présence sur le territoire pour les personnes de nationalité étrangère de manière large (attestation de particuliers, d'associations).

Le **dispositif de prise en charge des soins urgents** pendant le délai de carence de trois mois s'applique aussi aux épisodes de soins psychiatriques mettant en jeu le pronostic vital ou pouvant conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé de la personne. Les assistants de service social des établissements de santé ont un rôle essentiel dans l'activation de ces demandes de prise en charge de soins urgents.

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

2.4.2. L'accès à la santé

L'accès à la santé (somatique et psychique) est un droit. L'accès à la prévention et aux soins participe de la prévention des troubles psychiques. Or, dans la pratique, les personnes en situation de grande précarité font régulièrement l'objet de refus de soins, y compris psychiatriques. L'accessibilité financière des soins n'est pas toujours assurée.

¹⁰ Code de l'action sociale et des familles (CASF) art. L. 345-2-2 et L. 345-2-3.

→ Il est recommandé :

- de développer des organisations permettant **un accès aux soins** pour les personnes en situation de grande précarité, appuyées sur les services de santé du territoire ;
- de **lutter contre les refus de soins directs et indirects**, y compris en accompagnant les personnes dans leurs procédures de recours.

L'accès aux soins s'appuiera sur les services de santé du territoire, en particulier les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé, les secteurs de psychiatrie et équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les structures d'addictologie, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les professionnels de ville (médecins généralistes, infirmiers...), etc. (voir fiche outil – Accueil et prise en charge des personnes en situation de grande précarité par les équipes de soins primaires).

L'accès aux soins psychologiques et psychiatriques

L'enquête SAMENTA de 2010 montre que pour les personnes ayant un trouble psychiatrique, l'accès à des parcours de soins en santé mentale est difficile.

→ 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 doit :

- garantir aux personnes en situation de grande précarité des soins de qualité et l'accès aux actions de prévention en santé mentale ;
- proposer des réponses de proximité, permettant une adhésion des personnes.

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 post-cure, et réadaptation) en ambulatoire au cœur de la cité. Cependant, l'organisation des secteurs de psychiatrie n'est pas toujours adaptée aux besoins des personnes sans chez-soi. En effet, peu de secteurs de psychiatrie offrent un accueil sans rendez-vous, les délais de rendez-vous sont souvent longs et peu de structures du secteur telles que les centres médico-psychologiques accompagnent les personnes sans domicile sur leurs lieux de vie.

Par ailleurs, 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) et à garantir la continuité des soins.

Ces règles ont cependant souvent pour effet de rendre difficile, voire impossible cette continuité des soins. En effet, il peut être proposé aux 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.

→ Il est recommandé que les personnes sans chez-soi **soient accueillies et accompagnées au sein du centre médico-psychologique (CMP) et des autres structures de secteur psychiatrique de leur bassin ou lieu de vie habituel**, si elles le souhaitent¹¹.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), encadrées par la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/AB n° 2005-521 du 23 novembre 2005, ont été inspirées d'initiatives mises en place dès les années 1990 par des équipes psychiatriques sensibilisées à la prise en compte des problématiques psychosociales des populations en situation de grande précarité. Les EMPP visent à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques.

Les objectifs prioritaires des EMPP sont :

- d'aller vers les personnes très précaires (sans logement personnel ou à risque de le perdre) et d'intervenir auprès d'elles si nécessaire, pour les ramener vers le soin et notamment les structures de secteur psychiatrique ;
- de soutenir les intervenants de première ligne, en particulier les intervenants sociaux, pour les aider à repérer les troubles et la souffrance psychiques des personnes et les orienter vers les dispositifs adéquats.

Les EMPP travaillent en partenariat avec les équipes de psychiatrie, les acteurs hospitaliers, les professionnels libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux. Leur action peut prendre la forme de permanences dans des lieux sociaux et d'interventions mobiles dans la rue. Elles interviennent en soutien des intervenants sociaux de première ligne par des actions de formation, d'information et de sensibilisation ainsi que de supervision clinique. Considérées comme un dispositif très pertinent par les acteurs sociaux répondant bien à leurs besoins, les EMPP ne sont néanmoins pas présentes sur tout le territoire.

→ Il est recommandé de **développer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sur les territoires où elles ne sont pas présentes, de les renforcer si nécessaire ainsi que de structurer les relais vers les services de « droit commun »**.

2.4.3. Un levier de l'accès à la santé : la médiation en santé

Les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques peuvent être mises en difficulté dans leurs relations avec les dispositifs et les professionnels du système de santé ou d'accompagnement. Elles peuvent ne pas maîtriser les « codes » professionnels ou ne pas parvenir à s'orienter dans la multitude des dispositifs proposés. Ces difficultés impactent leur parcours de soins et leur rétablissement.

¹¹ Code de la santé publique, art. L. 1110-8. Le Code de la santé publique précise par ailleurs que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile [...] est un principe fondamental de la législation sanitaire », Code de la santé publique, art. L. 1110-8.

Les acteurs professionnels intervenant dans les parcours des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques peuvent manquer d'outils pour identifier les ressources individuelles et collectives participant à l'accès aux soins et à la restauration du bien-être psychosocial. 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.

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 »¹². À ce titre, elle participe à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et facilite le droit à la santé des personnes en situation de vulnérabilité¹³.

→ Il est recommandé **d'intégrer des médiateurs en santé au sein des équipes** pour faciliter la communication entre les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques et les acteurs de l'accompagnement et des soins.

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 ;
- **d'identifier les dysfonctionnements structurels** afin de permettre aux pouvoirs publics et aux gestionnaires de programmes de réajuster les dispositifs en conséquence.

Une attention particulière doit être portée à la formation des médiateurs en santé¹⁴.

2.5. L'accès à l'information et la communication

→ Il est recommandé de **délivrer aux personnes une information claire, actualisée, précise et compréhensible** concernant leur situation, les possibilités (droits, prestations...) qui s'offrent à elles et sur l'ensemble des sujets les concernant.

→ Il est recommandé **d'adapter l'information et la communication** aux besoins et capacités des personnes (adaptation du langage, prise en compte de l'accès au téléphone et à internet, outils et supports de communication adaptés, interprétariat professionnel et diversité culturelle et disciplinaire des équipes).

¹² Article D. 1110-5 du CSP.

¹³ [Haute Autorité de santé – La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/)

¹⁴ Les compétences attendues des médiateurs de santé sont définies dans le référentiel de la HAS, ainsi que dans la fiche de poste des médiateurs en santé figurant en annexe 3 de l'arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « structures d'exercice coordonné participatives », *Journal officiel* ; 1^{er} août 2021.

→ Il est recommandé de **prévoir des lieux de stockage physique et numérique** des documents administratifs ou juridiques, documents privés, documents médicaux importants, etc.

Cela peut supposer par exemple de favoriser l'utilisation d'un coffre-fort numérique permettant le stockage d'information de manière dématérialisée et sécurisée ou d'inciter à l'utilisation de l'espace numérique de santé « Mon espace santé » pour les informations relatives à la santé et le dossier médical.

L'accès au numérique et la place des outils numériques

En matière d'accès au numérique et d'utilisation des technologies de l'information et de la communication, les constats sont contrastés selon les populations et les situations.

- Le numérique peut représenter un facteur d'inclusion des personnes en grande précarité via l'amélioration du quotidien et de l'accès à la santé (information, ouverture de droits, maintien du lien social...). En parallèle, pour les personnes présentant des troubles psychiques, trois grandes fonctionnalités d'outils numériques sont retrouvées : autoévaluation, autosupport et mise en relation avec des professionnels.
- Le « tout-numérique » peut cependant être facteur d'exclusion et d'éloignement par rapport aux dispositifs pour les personnes n'y ayant pas accès, n'en maîtrisant pas le fonctionnement ou lorsque le numérique ne permet pas de proposer une réponse adaptée à l'ensemble des personnes (problème de coûts ou de sécurité, illettrisme, réticence).

→ Il est recommandé à l'ensemble des acteurs, pouvoirs publics, administrations et organisations territoriales et associatives de considérer d'une manière générale **l'accès aux outils numériques et en particulier à un téléphone portable comme 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'équipe.

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

→ Il est recommandé d'**adapter l'utilisation du numérique** en fonction des besoins, de l'accès au numérique, des capacités d'appréhension et des souhaits des personnes.

Ceci implique **de maintenir un accueil physique pour les administrations**, de développer la possibilité d'avoir accès à l'ensemble des **documents en version numérique** tout laissant la possibilité d'un **circuit « papier »**, notamment dans le cas d'ouverture ou de renouvellement de droits.

- Il est recommandé de développer des actions visant à favoriser :
- **l'accès au matériel numérique et aux abonnements** (téléphone et internet) à prix solidaires et les initiatives citoyennes de don de matériel ;
 - **la médiation numérique**, de les développer en direction des publics les plus vulnérables en les intégrant notamment aux actions d'« aller vers ». Ces actions doivent prendre en compte les risques et les effets pervers du numérique (harcèlement, embrigadement...) ;

- le développement et l'utilisation **d'outils numériques accessibles et répondant aux critères de sécurité et de confidentialité en vigueur** (pour les personnes et les professionnels).

Ces outils numériques peuvent en particulier :

- aider à **l'information et faciliter la communication** (entre personnes et avec les professionnels) ;
- aider à **l'orientation** des personnes sans logement sur un territoire grâce à des outils gratuits de cartographie et de référencement (points d'eau, structures d'accueil, autres ressources...) ;
- offrir des **solutions « d'autosupport »** cliniquement validées pour les troubles mentaux et les troubles addictifs, pouvant apporter une information utile pour les personnes ;
- participer à la **coordination, l'organisation et le suivi de l'activité des professionnels** (par exemple, outils de facilitation des maraudes).

- ➔ Il est recommandé de développer les **formations des professionnels au numérique** et à l'identification de ressources et informations utiles à communiquer aux personnes.

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 et complexes.

- ➔ Il est recommandé de mettre en place **des organisations fondées sur** :
 - **l’articulation des compétences** et de l’expertise de professionnels et acteurs issus d’horizons différents pour prévenir, aller vers, évaluer, et assurer l’accompagnement de la personne et ses soins de manière coordonnée ;
 - une attention particulière à la **qualité des premiers contacts** ;
 - des interventions (prévention, soins et accompagnement) adaptées ; ces interventions doivent :
 - être le plus **précoce** possible, afin d’éviter le « décrochage » des personnes,
 - être centrées sur la personne, **ses besoins et ses forces**,
 - proposer une **approche globale**, incluant **l’accès à un chez-soi**,
 - intégrer les approches « **sensibles au traumatisme** » ainsi que les principes de la **réduction des risques et des dommages**,
 - être suffisamment souples, avec la possibilité d’« **allers-retours** » ;
 - **l’intervention de pairs-aidants**, au sein des équipes et établissements volontaires.

3.1. Développer des organisations pluridisciplinaires : l’articulation des interventions et des acteurs (santé, accompagnement, hébergement, insertion, logement)

La littérature scientifique 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 professionnels de santé de disciplines différentes : psychiatrie et santé mentale, soins primaires/médecine générale, addictologie, médecine d’urgence... ;
- de travailleurs sociaux ;
- de professionnels des équipes spécialisées dans le sans-abrisme et l’« aller vers » (en psychiatrie, addictologie, travail social, etc.) ;
- de pairs-aidants porteurs d’un savoir expérientiel sur la précarité et la maladie mentale ;
- de médiateurs en santé ;
- de professionnels du logement social, en particulier responsables de la prévention des expulsions et gardiens d’immeubles ;
- 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-social¹⁵

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 et souhaitable dès lors que cela est utile à la coordination et à la continuité des soins ou à l'intérêt de la personne. Le Code de la santé publique définit le cadre et les conditions de ce partage d'informations, en particulier concernant 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.

- Il est recommandé **aux acteurs du sanitaire, du social et du médico-social** (acteurs du secteur accueil, hébergement, insertion, aux acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, acteurs des soins primaires et de l'addictologie, acteurs des dispositifs spécifiques de soin pour les publics vulnérables, acteurs du logement) de **développer des réseaux et de se coordonner** sur un territoire donné pour :
- organiser **le repérage des personnes en situation de vulnérabilité**, dont les personnes en situation de grande précarité (ou à risque de le devenir) et les personnes présentant des troubles psychiques ;
 - proposer **des réponses intégrées** prenant en compte les besoins sociaux et les besoins de santé somatique et psychique des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques.

Les habitudes de travail en partenariat, la mise en place et l'animation de réseaux facilitent l'émergence et le portage de **réponses intégrées**. Cela permet une **interconnaissance** entre les acteurs des dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires et les acteurs du logement et l'établissement de modalités de **travail partenarial**, notamment des partenariats entre :

- les structures du secteur de l'accueil, hébergement, insertion (AHI) ;
- les secteurs de psychiatrie et les autres acteurs de la psychiatrie (psychiatres libéraux, cliniques, etc.) ;
- les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
- les médecins généralistes et les équipes de soins primaires ;
- les acteurs de l'addictologie ;
- les acteurs du champ du handicap psychique ;
- les services mandataires ;
- les acteurs du logement accompagné ou non ;
- les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et autres acteurs du champ hospitalier ;
- les acteurs associatifs et caritatifs.

Ces partenariats peuvent donner lieu, par exemple, à :

- des consultations conjointes entre professionnels de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), équipes mobiles psychiatrie précarité et professionnels des structures ambulatoires psychiatriques ;

¹⁵ Articles L. 1110-4, R. 1110-1 et suivants du Code de la santé publique.

- des maraudes communes et/ou pluridisciplinaires, par exemple des interventions de psychologues, infirmiers ou psychiatres dans le cadre des maraudes associatives auprès des personnes vivant en campement ou à la rue ;
- des modalités de communication simples (contacts téléphoniques ou par messagerie sécurisée) permettant aux professionnels de santé en soins primaires, en particulier les médecins généralistes, de recueillir des avis spécialisés¹⁶ ;
- des réunions d'analyse de pratiques, par exemple entre les médecins et infirmiers libéraux et les acteurs de la psychiatrie santé mentale (dans le respect de la réglementation).

Ces partenariats peuvent prendre la forme de **conventions** de partenariat ou peuvent s'inscrire au sein de **groupements** (groupement d'intérêt public (GIP), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)...). Ils 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. Ces partenariats doivent s'appuyer sur les **instances de coordination existantes** (notamment les conseils locaux de santé mentale (CLSM)).

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), dont la généralisation est recommandée (2.4.2. L'accès à la santé), ont un rôle fondamental pour assurer le travail « interstitiel » entre structures et acteurs.

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 sont 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 pour 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 un travail sur la déstigmatisation au sein des équipes et dans l'environnement.

¹⁶ Haute Autorité de santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf

Un exemple de dispositif coordonné : l'expérience « SH »

Dans la région Rhône-Alpes, un dispositif « SH » en direction des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques est né de la convergence entre des équipes de psychiatrie et celles de l'accueil, hébergement, insertion (AHI). Le dispositif est mis en place dans le cadre d'un partenariat entre un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et un secteur de psychiatrie.

Historique du dispositif

Le dispositif est né en 2019 dans le cadre du conseil local de santé mentale (CLSM).

Le dispositif « SH » obéit à une double logique : proposer une solution d'accueil à des personnes sortant d'hospitalisation psychiatrique et prendre en charge les troubles psychiques des personnes en hébergement. Plus largement, l'expérimentation a aussi été l'occasion d'approfondir le partenariat entre acteurs sanitaires et sociaux du territoire et d'un travail sur les représentations de chacun.

Description du dispositif

Le dispositif comprend :

- quatre places de CHRS dédiées à des sorties d'hospitalisation avec l'organisation d'un suivi psychiatrique ;
- deux mi-temps d'infirmiers consacrés à l'accompagnement en santé mentale de l'ensemble des personnes accueillies sur le CHRS ;
- des temps médicaux correspondant à environ 3 heures de médecin psychiatre par semaine ;
- l'intervention d'un travailleur pair financé par une fondation.

Un investissement des cadres (cadre de santé du secteur psychiatrique et encadrement CHRS) a été nécessaire pour la coordination. Des interventions de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et d'une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) complètent le dispositif.

Plusieurs types de prises en charge sont assurées.

- Pour les personnes sortant d'hospitalisation intégrant les places dédiées :
le dispositif propose un cadre protecteur pour accompagner la sortie d'hospitalisation de personnes ayant vécu en institution et nécessitant un suivi psychiatrique renforcé. La prise en charge psychiatrique a lieu au centre médico-psychologique (CMP) du secteur.
- Pour les personnes accueillies au CHRS et ayant besoin de soins psychiatriques :
la mise en place du partenariat et du dispositif a amélioré le repérage des troubles psychiques parmi les personnes accueillies au CHRS et/ou fait émerger des demandes de soin. Les personnes et les professionnels peuvent faire appel à un centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation en santé mentale (CAEEO) qui permet d'avoir un rendez-vous infirmier dans un délai court. Une orientation appropriée peut donc être faite rapidement.

La mise en place du dispositif a été accompagnée par :

- un travail sur les représentations pour favoriser la déstigmatisation (des troubles psychiques, des personnes souffrant de troubles, de la psychiatrie) auprès des résidents ;
- l'approfondissement du partenariat entre les acteurs de la psychiatrie et des acteurs du secteur social.

Cependant, la période de l'expérimentation va prendre fin ; les acteurs du dispositif sont appelés à trouver les moyens de sa pérennisation sans ressources supplémentaires.

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 (accompagnement, soins et prévention) et aux attentes des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques.

Les principes éthiques et organisationnels énoncés dans les chapitres précédents guident l'évaluation des situations et la mise en œuvre des interventions.

3.2.1. Prévenir la dégradation des situations et répondre de manière précoce

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, travailleurs sociaux de secteur, centres 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 : 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).

→ Il est recommandé **d'organiser de manière partenariale le repérage précoce des troubles psychiques des personnes**, dans une optique de prévention des ruptures de vie et en particulier de la perte du logement.

→ Il est recommandé de sensibiliser les **acteurs de proximité aux problématiques de santé mentale**, notamment les personnels de proximité des bailleurs, les élus locaux et les personnels des collectivités locales.

La formation des personnels des bailleurs ainsi que des collectivités locales 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.

Les premiers temps à la rue constituent une période à haut risque de violences, y compris d'agressions physiques et sexuelles. Par ailleurs, les personnes sont, à ce stade, moins méfiantes vis-à-vis des dispositifs sociaux et de soins. Elles sont plus en capacité de se projeter et de mettre en place des démarches d'insertion professionnelle et par le logement.

→ Il est recommandé d'apporter **une solution de logement ou à défaut d'hébergement aux personnes dès les premières demandes**.

Un exemple de démarche préventive : le dispositif « I »

Le dispositif « I » a été mis en place en 2000 dans une agglomération de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Sa création fait suite à des émeutes urbaines dans l'un des quartiers de la ville et d'une réflexion collective sur les liens entre les problématiques psychiatriques et sociales. Cela a été l'occasion de la mise en place d'un dispositif original d'« aller vers » en santé mentale situé au sein d'une structure accueil, hébergement, insertion (AHI).

« I » est une équipe mobile de prévention en santé mentale favorisant l'accès aux soins. Elle n'est pas spécifiquement dédiée à la grande précarité mais plus largement aux publics à risque de désaffiliation et éloignés du soin sur un territoire donné. Cette approche territoriale et préventive apparaît comme la « marque de fabrique » d'« I ».

L'équipe est pluridisciplinaire (psychologue, travailleur social, temps médicaux, etc.). Ses interventions sont diverses et vont des **interventions individuelles** aux **actions communautaires de sensibilisation et de promotion de la santé mentale**.

Face aux situations complexes qu'ils peuvent rencontrer, « I » propose un étayage des travailleurs sociaux de première ligne, avec :

- un soutien apporté aux travailleurs sociaux, avec un travail de « traduction » entre la psychiatrie et le travail social ;
- une facilitation de l'accès aux soins et du « prendre soin » des personnes ; « I » agit en général en amont du soin (évaluation pluridisciplinaire et proposition d'orientation vers les acteurs de droit commun).

Les modalités et les temporalités d'intervention s'inspirent de la clinique psychosociale mais sont diverses et s'adaptent aux besoins de la personne (besoins de santé psychologique et somatique, logement, sorties d'hospitalisation, etc.).

L'action d'« I » comporte aussi un volet préventif qui passe par une approche collective.

« I » a un rôle d'observation du territoire, de prévention et de sensibilisation des professionnels de première ligne sur les problématiques psychosociales. Elle :

- organise et anime un travail en réseau et en transdisciplinarité, avec les partenaires, y compris les professionnels libéraux, notamment dans le cadre du conseil local de santé mentale (CLSM) ;
- permet l'anticipation des situations en sollicitant des réunions sur des cas complexes ;
- effectue un travail de prévention en santé mentale avec les partenaires du territoire (« petits déjeuners santé », séances avec les mères au centre social du quartier ; actions d'accompagnement de la mutation du quartier, etc.).

Malgré l'antériorité du dispositif et le soutien constant dont il a bénéficié, son financement n'est pas entièrement sécurisé.

(Se référer également à la fiche outil – Prévenir la dégradation des situations et intervenir de manière précoce.)

3.2.2. 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 proposés, 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.

→ 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 d'un lien de confiance.

Cela implique :

- d'aller vers les personnes sur leur lieu de vie ;
- 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 ;
- d'être attentif à l'aménagement des locaux des institutions afin que les lieux soient conviviaux, accueillants et garantissent la confidentialité des échanges. Il convient aussi d'éviter au maximum les temps d'attente.

→ Il est recommandé **aux professionnels de psychiatrie et de la santé mentale d'aller vers** les personnes en situation de grande précarité signalées par les partenaires sur leurs lieux de vie.

Cette démarche d'« aller vers » en psychiatrie et santé mentale peut concerner des personnes à la rue 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 les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale tels que les centres médico-psychologiques (CMP), les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les équipes mobiles spécialisées pour des personnes ayant des problématiques de santé mentale en logement, les équipes mobiles médico-sociales, en particulier les équipes d'addictologie, etc.

Il est nécessaire **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 sur le trottoir, 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. Mais il ne peut être question d'entrer sans le consentement de la personne, en dehors des situations expressément prévues par la loi.

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 administratifs chargés du premier accueil.**

3.2.3. L'évaluation des attentes et des besoins

→ Les **besoins fondamentaux doivent être repérés. Il est recommandé 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.

→ Il est recommandé de **réaliser une évaluation globale des besoins : santé somatique, santé mentale, addictions et besoins sociaux, avec la personne.**

Cette évaluation est cruciale pour identifier des réponses adaptées. Certaines conditions doivent être respectées pour sa réalisation, notamment la prise en compte de la temporalité de la personne.

L'évaluation des besoins est réalisée **avec la personne** qui identifie 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 et à plusieurs interlocuteurs différents son parcours de vie**, si elle ne le souhaite pas ;
- à **respecter la temporalité et les souhaits de la personne**. L'évaluation est une démarche qui intervient tout au long de l'accompagnement. Elle peut être 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**.

En respectant les précautions énoncées plus haut :

- chaque intervenant 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 et acteurs de soins primaires d'évaluer la situation sociale de leurs patients (droits sociaux, accès au logement, sources de revenus, 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.

3.2.4. 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.

→ Il est recommandé de **proposer des interventions qui comprennent un accès rapide au logement**, à un « chez-soi », **en plus de l'accompagnement clinique et social.**

Les données de la littérature scientifique ont montré une supériorité des approches globales associant accès au logement et accompagnement clinique et social intensif. Ces interventions doivent être mises en place le plus précocement possible.

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. Le SIAO a un rôle de pivot pour assurer cet accès au logement.

→ 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 suffisants).

Dans tous les cas, il convient :

- de proposer une solution d'hébergement/logement digne adaptée aux choix des personnes. 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.

Modèles d'approches par le logement

Le modèle « *Pathways to housing* » et sa déclinaison française « un chez-soi d'abord »

« Un chez soi d'abord » est la déclinaison française du programme « *Housing First* », déployé dans la plupart des pays occidentaux, dont 19 pays européens. Expérimenté en France à partir de 2010 dans 4 villes, il a été déployé sur plus de 30 sites pour un total de plus de 2 500 places¹⁷.

¹⁷ Code de l'action sociale et des familles, art. D. 312-154-1 à D. 312-154-4.

Le modèle, appuyé sur les principes du rétablissement, s'adresse à des personnes durablement sans domicile et vivant avec des troubles psychiatriques sévères et vise à leur inscription dans un parcours social, résidentiel et sanitaire.

Un logement est proposé aux personnes, d'emblée, sans passage par des structures d'hébergement et sans condition de suivi d'un traitement psychiatrique ou d'arrêt de la consommation de substances psychoactives. Le modèle est fondé sur le constat qu'il n'y a pas de critères prédictifs de la capacité à se maintenir dans un logement et qu'être logé permet aux personnes de mobiliser des compétences et des ressources qu'elles n'étaient pas en mesure de déployer auparavant. Un suivi intensif est proposé par une équipe médicale et sociale pluridisciplinaire intégrant des pairs-aidants (médiateurs de santé pairs). L'accompagnement clinique et social se poursuit, quel que soit le parcours résidentiel de la personne (sortie du logement, incarcération, mobilité, hospitalisation, etc.), en prenant en compte les choix de la personne (rythme et type d'accompagnement). Les expériences de mise en œuvre du modèle ont été évaluées au travers d'essais randomisés contrôlés en France et à l'étranger.

Les résidences accueil

Les résidences accueil proposent à des personnes ayant un handicap psychique et ayant connu des périodes d'errance des logements dans un cadre de vie semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social.

Les résidents sont locataires de leur logement. Il s'agit de petites structures proposant des logements indépendants disposant d'une salle de bains et d'une cuisine. Cependant, les résidences comprennent aussi des lieux de vie collectifs : cuisine, salon et salle à manger et offrent la possibilité de repas en commun. Des activités collectives sont proposées, sur place ou dans d'autres structures. Un hôte ou un couple d'hôtes assurent l'animation de la vie de la résidence.

Des partenariats sont noués avec les SAMSAH (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) et services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) destinés à accompagner des personnes ayant un handicap psychique, pour permettre le maintien dans leur logement et faciliter leur intégration dans la cité.

Le couple d'hôtes et les équipes des services d'accompagnement pluridisciplinaires (les équipes peuvent être composées d'infirmiers, de moniteurs éducateurs, d'éducateurs spécialisés, d'assistants de service social, d'aides-soignants, de psychologues, de psychiatres, de médecins généralistes, de pairs-aidants, etc.) interviennent auprès des résidents, notamment pour soutenir l'accès aux soins psychiatriques et somatiques. Pour certaines personnes, l'intervention d'auxiliaires de vie est prévue pour aider à l'entretien du logement.

Les hébergements dans la cité (« en diffus ») et les établissements hors les murs

Les interventions associant l'accès à un chez-soi et un accompagnement peuvent se déployer dans d'autres contextes. Depuis la création des centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), certains dispensent leur hébergement via des appartements « ordinaires » (« en diffus »), appartements pouvant être individuels ou partagés. Certains d'entre eux peuvent fonctionner avec des systèmes de sous-location bail glissant. Des hébergements d'urgence se sont également développés dans des logements « en diffus ». Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) peuvent également pratiquer de l'hébergement « en diffus ». D'autres peuvent proposer des logements individuels regroupés sur un même site. Cela permet de proposer des solutions diversifiées, adaptées à la situation de chacun.

→ Dès que possible, il est recommandé de **donner accès à des interventions psychosociales et des soins psychologiques** si la personne le souhaite, y compris lorsque la situation sociale et administrative est encore fragile et que des problématiques matérielles majeures (logement, emploi, etc.) demeurent.

→ 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.

→ Dès lors qu'un lieu de vie adapté est trouvé, il est recommandé 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 souhaitable :

- 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.

Cela suppose notamment de :

- prévoir des contacts réguliers ;
- accompagner la personne à ses rendez-vous, si besoin ;
- prendre le temps de maintenir et développer la relation de confiance dans le respect du rythme et des souhaits de la personne.

→ Il est recommandé :

- 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 proposer **un accompagnement orienté « rétablissement »**.

L'accompagnement orienté « rétablissement » 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. 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'autosupport tels que les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ou groupes réunissant professionnels et patients,
- des activités en lien avec des collectifs (loisirs, associations, communautés...). Le tissu associatif local offre en effet des solutions riches et diversifiées,
- l'accès à l'emploi ou à l'insertion professionnelle.

Un exemple d'« espace psychosocial » en direction des publics migrants

Dans la banlieue d'une grande ville française, un espace ouvert toute la semaine est proposé en direction des personnes en situation d'exil. Sa mise en place est née du constat que la souffrance psychique de ces personnes nécessite, en plus des approches cliniques, des espaces offrant un accueil inconditionnel et permettant un (ré)ancrage dans la vie sociale. L'accueil est libre, il est assuré par une équipe pouvant échanger en français, amharique, anglais, arabe, farsi et tigrinya. Les personnes peuvent y venir, sans exigence particulière, pour y profiter d'un espace de convivialité où peuvent s'échanger des nouvelles et des « choses de la vie » quotidienne. Des activités mensuelles sont proposées par l'équipe ou impulsées par les personnes accueillies (création d'un journal par exemple). Un soutien peut être offert dans divers domaines (orientation pour l'ouverture de droits, vers les soins, etc.). Des possibilités d'entretiens avec une psychologue sont offertes aux personnes exprimant une souffrance psychique particulière. Mais le lieu n'est pas principalement identifié comme un lieu de consultations psychologiques. Il s'agit avant tout de recréer un environnement sécurisant, des liens avec des personnes, des lieux et des objets qui soutiennent la reconstruction de la personne.

→ Il est recommandé 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.

→ 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 partagé¹⁸ (voir section sur les crises et urgences psychiatriques) ;
- de garder les contacts avec les personnes fragilisées, notamment en continuant d'offrir l'accès à des services offrant un accueil et un accompagnement inconditionnels aussi longtemps que de besoin ;
- de permettre des « allers-retours », d'admettre les risques de rupture et de 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.

3.2.5. La place de 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 connaissances, savoir-être et savoir-faire issus de l'expérience de vie des personnes (savoir expérientiel) sont très diversifiées et semblent pertinentes pour favoriser l'accès à la santé et à un accompagnement social. 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 intervention bénévole ou d'un poste salarié (par la structure ou par une plateforme qui met à disposition des intervenants). 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, notamment en facilitant la communication par un

¹⁸ Haute Autorité de santé. Programme de soins psychiatriques sans consentement Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/programme_de_soins_psychiatriques_sans_consentement_guide.pdf

langage plus accessible. Par leur action, ils contribuent à l'accès à la citoyenneté et à l'insertion de 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 de leurs choix, à innover et établir des relations d'équipe plus « horizontales » et pluridisciplinaires.

Le développement de l'intervention des pairs ne peut se faire qu'**au sein d'équipes et d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux volontaires, engagées vers cet objectif**. Les **pairs-aidants doivent être soutenus** dans leur développement et leur bien-être, qu'ils soient professionnels (salariés d'une structure ou d'une plateforme) ou bénévoles.

Il est nécessaire qu'un cadre d'intervention et un statut de la pair-aidance soient définis au niveau national.

Dans cette perspective, la HAS élaborera une recommandation de bonne pratique sur la pair-aidance qui pourra être déclinée dans divers champs, y compris celui de la psychiatrie.

Au regard de ces travaux, une mise à jour des recommandations et de la fiche outil proposées dans la présente recommandation pourra être effectuée.

→ Il est recommandé **aux équipes et établissements volontaires** :

- de **favoriser l'intervention de pairs-aidants** auprès des personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques ;
- d'impliquer **les pairs-aidants dans la mise en place des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, leur évaluation et dans leur fonctionnement** ;
- de créer les **conditions de l'intégration fonctionnelle** des pairs-aidants dans les 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 lors de l'intégration fonctionnelle de pairs-aidants,
 - favorisant la reconnaissance du pair-aidant comme un intervenant à part entière.

→ Il est recommandé de soutenir le **développement des compétences des pairs-aidants** dans la réalisation de leurs missions.

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

→ Il est recommandé que :

- la professionnalisation de la pair-aidance soit soutenue pour l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité avec des troubles psychiques ;
- la recherche sur le sujet soit développée.

Pour les équipes et établissements souhaitant développer le recours aux pairs-aidants, se référer à la fiche outil – Développer le recours aux pairs-aidants.

4. Accompagner des situations particulières : crises et urgences psychiatriques, moments de transition

- Il est recommandé de **mettre en place des interventions spécifiques pour accompagner des moments porteurs de risques de fragilisation** pour les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques :
- des interventions de prévention et de gestion des **crises psychiatriques** ;
 - l'accompagnement des **moments de transition** (sorties d'institution, accès au logement, changement de statut, etc.).

4.1. Crises et urgences psychiatriques

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 (pour la gestion des situations de crise nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, se référer à la fiche outil – Accompagner une personne en situation de grande précarité nécessitant une hospitalisation en psychiatrie).

Il est constaté :

- 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 formulent rarement une demande de soins et les professionnels de première ligne peuvent se sentir démunis face à ces situations ;
- 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.

- Il est recommandé de s'appuyer autant que possible sur **des actions de prévention et d'anticipation** des crises.

Plusieurs moyens peuvent être mobilisés :

- **les consultations avancées**, qui permettent aux équipes psychiatriques d'intervenir dans les structures d'hébergement, squats, bidonvilles, rues et logements, peuvent être une occasion de travailler avec la personne sur la conscience des troubles et la gestion des traitements. Les EMPP peuvent mettre en œuvre ces consultations avancées, en lien avec les équipes psychiatriques de secteur ; les infirmiers en pratique avancée en psychiatrie et santé mentale peuvent être une ressource utile ;
- dans certains cas, **les hospitalisations séquentielles programmées** peuvent être un outil utile pour prévenir les crises aiguës et faire le lien avec le volet social de la prise en charge ;
- dans certains cas, la mobilisation d'hébergements médico-sociaux adaptés (lits halte-soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM)) en lien avec les équipes psychiatriques peut également permettre de prévenir la crise et d'éviter l'hospitalisation ;

- les **mesures d'anticipation** telles que les directives anticipées en psychiatrie ou les plans de crise ou de prévention partagé¹⁹ 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 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 ;
- **les alternatives à l'hospitalisation** : la mobilisation des centres d'accueil et de crise, lieux de répit ; appartements d'urgence psychiatrique ; intervention de crise par des équipes mobiles de suivi intensif ou de crise. Ces dispositifs permettent également d'accompagner l'entrée dans les soins et l'hospitalisation ;
- la définition et la mise en œuvre de **modalités de contact et d'intervention de l'équipe psychiatrique référente** lors du repérage par l'équipe sociale de signes d'alerte ou de modification de comportement.

→ Il est recommandé de **familiariser tous les acteurs** (professionnels, bénévoles, public) au recours aux services d'accueil et d'urgence spécialisés, en particulier au 3114, numéro d'appel d'urgence pour risque de suicide.

→ Il est recommandé **d'anticiper avec les équipes des urgences générales l'accueil des crises psychosociales**.

Les personnes en situation de grande précarité continueront de considérer les urgences générales comme un recours possible (pour l'accueil des personnes dans les services d'urgences générales, se référer à la fiche outil – Accueil et prise en charge des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques aux urgences et en services d'hospitalisation).

- Si une décision d'hospitalisation, avec ou sans consentement²⁰, est prise, il est recommandé :
- de ne jamais faire intervenir un professionnel seul ;
 - d'évaluer la **balance bénéfiques/risques** de l'hospitalisation dans un cadre pluridisciplinaire et quand cela est possible avec la personne concernée ;
 - **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 conduire la **période d'observation** dans les services d'urgence psychiatrique en tenant compte de la spécificité des situations de grande précarité, dans le respect de la réglementation ;
 - 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 débriefing après toute hospitalisation, avec l'ensemble des acteurs impliqués ;
 - d'anticiper la sortie d'hospitalisation et de **faire de l'hospitalisation une opportunité pour construire un parcours d'accompagnement et de soins**.

¹⁹ Haute Autorité de santé. Programme de soins psychiatriques sans consentement Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/programme_de_soins_psychiatriques_sans_consentement_guide.pdf

²⁰ Articles L. 3211-1 à L. 3211-13, L. 3212-1 à L. 3212-12 et L. 3213-1 à L. 3213-11 du Code de la santé publique (CSP).

La période d'hospitalisation est une **opportunité** pour mettre en place un accompagnement global coordonné adapté aux besoins et attentes de la personne, dans le cadre du processus de soin psychiatrique. Sa durée doit être adaptée aux besoins. Notamment, elle doit permettre :

- le temps du soin hospitalier impliquant bilans, diagnostic(s), réponses thérapeutiques ;
- la régularisation des droits à une couverture santé si nécessaire ;
- la réalisation d'un examen somatique ;
- la mise en place des relais nécessaires avec le tissage du lien entre l'équipe soignante institutionnelle et plus largement du secteur sanitaire (secteur psychiatrique, soins primaires) et la personne, mais également avec les acteurs de la précarité qui l'accompagnent ;
- l'organisation de « l'aval » de l'hospitalisation. Celui-ci doit être pris en compte le plus précocement possible (avant l'admission si possible). Cela inclut :
 - l'association de l'entourage, s'il existe, avec l'accord de la personne concernée ;
 - la transmission des informations, avec l'accord de la personne concernée, aux équipes qui la suivent, dont les EMPP, les équipes de secteur, et les équipes du secteur accueil, hébergement, insertion ;

Une sortie d'hospitalisation ne peut se faire vers la rue, 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. Sauf dans les cas exceptionnels de mise en danger des personnes, il est nécessaire de **garantir à la personne le maintien de sa solution d'hébergement ou logement.**

- la mobilisation des dispositifs d'aval de la psychiatrie de secteur : foyer post-cure, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique, services de soins intensifs dans la cité, etc. ;
- la possibilité, à l'issue d'un épisode d'hospitalisation complète sans consentement, d'un programme de soins psychiatriques sans consentement²¹.

→ Lors de la sortie d'hospitalisation, il est recommandé **d'organiser avec l'accord de la personne la prise en charge sur le secteur de psychiatrie dans des délais courts** et de veiller à un accès simplifié aux équipes de secteur (proximité entre le secteur et le lieu de vie, organisation d'un accompagnement au rendez-vous si nécessaire, souplesse sur les retards et les rendez-vous manqués).

→ Pour les personnes qui font des crises fréquentes, il est recommandé de mettre en place des **réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)**²².

²¹ Haute Autorité de santé (2021). Programme de soins psychiatriques sans consentement Saint-Denis La Plaine, HAS ; [Haute Autorité de santé – Programme de soins psychiatriques sans consentement \(has-sante.fr\)](#)

²² Haute Autorité de santé (2017). Réunion de concertation pluridisciplinaire. Saint-Denis La Plaine, HAS. [Haute Autorité de Santé – Réunion de concertation pluridisciplinaire \(has-sante.fr\)](#)

4.2. 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 de dispositifs de protection de l'enfance, sortie d'hospitalisation somatique ou psychiatrique, de maternité, sortie de rue, accès à un logement, admission dans un établissement, sortie d'incarcération, changement de situation par rapport au séjour...), **même s'ils sont porteurs d'opportunités, sont aussi des moments de fragilisation**. Ces périodes de transition 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**. Cet accompagnement des périodes de transition participe à la prévention des ruptures de parcours.

L'ensemble des acteurs (responsables de l'organisation territoriale, acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, mais aussi du secteur pénitentiaire, du logement, de l'insertion par l'emploi) sont appelés à se mobiliser pour mieux repérer les personnes qui peuvent être particulièrement fragilisées pendant les périodes de transition entre dispositifs ou lieux de vie et organiser l'accompagnement de ces périodes.

- Il est recommandé de limiter les risques de rupture en :
- **sensibilisant les équipes** accompagnant ces personnes (en structure sociale, en hospitalisation...) afin d'éviter que les moments de transition soient des moments de rupture de l'accompagnement, voire de « retour en arrière » ;
 - **proscrivant toute sortie de dispositif, notamment d'hospitalisation psychiatrique sans solution** ou suivi ;
 - organisant avec la personne **les relais nécessaires** vers les équipes sanitaires et sociales, 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 (rappel des rendez-vous, proximité du lieu de vie, accompagnement...) ;
 - assurant la **continuité des droits**.

- 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.

Il existe, dans plusieurs pays, des expériences d'équipes spécialisées dans l'accompagnement des transitions pour les personnes en situation de précarité souffrant de troubles psychiques, expériences évaluées favorablement. En France, ce rôle peut être assumé par des acteurs très divers : les équipes de secteur psychiatrique, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les appartements de coordination thérapeutique (ACT) « hors les murs », les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), certains dispositifs d'intermédiation locale (IML), ainsi que les acteurs de la lutte contre les addictions (centres d'accueil et

d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)), qui peuvent accompagner ces transitions afin de limiter les risques de rupture en sortie d'institution.

→ Il est recommandé de proposer **un accompagnement spécifique de type « coordination de parcours »²³ pendant une période limitée, adaptée à la situation et la temporalité de chacun** (en général plusieurs mois).

Cet accompagnement 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, la santé, l'insertion socio-professionnelle 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 soins primaires en tant que de besoin,
 - le lien avec les services psychiatriques ambulatoires, s'il n'existait pas auparavant,
 - le cas échéant, le lien avec les services d'addictologie, dont les CSAPA et les CAARUD,
 - 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.

Les modalités de cet accompagnement doivent être évaluées régulièrement avec la personne et adaptées à ses besoins et préférences. Il convient de **diminuer graduellement l'intensité des interventions**, en fonction des besoins des personnes ; avec, pour les équipes spécialisées, l'objectif de « passer le relais » au réseau d'acteurs de droit commun et d'aidants construit avec la personne.

Accompagner les transitions : un exemple de partenariat bailleur social/acteurs sociaux/psychiatrie publique : le dispositif S.

Historique

Dans une ville moyenne du littoral atlantique, un dispositif partenarial logement/acteurs du champ social/psychiatrie publique permet d'offrir une réponse globale à des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques.

Le dispositif S. est né d'une convergence entre :

- un bailleur social faisant le constat de la proportion importante de personnes ayant des troubles psychiques dans son parc et des problématiques liées à ces troubles ;

²³ En référence aux modèles de *case management* définis dans la littérature internationale et présentés dans le rapport d'élaboration.

- une équipe psychiatrique de secteur d'un centre hospitalier, à la recherche de solutions pour des patients stabilisés sans logement personnel ;
- une association du secteur social faisant le constat de la proportion importante de personnes en difficulté dans les dispositifs sociaux du fait de leurs troubles psychiques.

Une rencontre de personnes s'est traduite en un engagement commun de trois institutions (acteur du champ social, hôpital psychiatrique, bailleur social).

Description du dispositif

Le dispositif ne dispose pas d'un parc prédéfini et l'un des enjeux du début de l'accompagnement est la recherche du « bon » logement pour la personne. Le logement est une proposition et la personne a droit de le refuser. L'accès au logement commence par un contrat d'occupation précaire. Les logements sont d'abord en sous-location bail glissant. La condition d'admission est l'acceptation d'une contractualisation avec l'équipe médicale et sociale qui accompagne la personne. La personne doit déjà être engagée dans la démarche de soins et d'accompagnement social.

Le champ des pathologies concernées est très large : cela va des troubles de l'humeur sévères aux troubles psychotiques en passant par les troubles *borderline* pour les personnes jeunes souvent associés à des comorbidités.

L'accompagnement clinique et social est adapté à la personne et orienté par la philosophie du rétablissement et les stratégies de réhabilitation psychosociale et d'éducation thérapeutique. L'intensité de l'accompagnement dépend de la personne. Pour certaines personnes, le projet a inclus des hospitalisations séquentielles.

Il n'y a pas de durée prédéfinie d'accompagnement qui peut s'étaler sur plusieurs années. La perspective est néanmoins la transition vers une prise en charge par les acteurs de santé du « droit commun », même s'il reste un lien avec la personne et une possibilité d'intervention en cas de situation difficile.

L'une des caractéristiques du projet est la transdisciplinarité avec de nombreux échanges et un travail commun entre les équipes des différents champs.

Le bilan du programme fait apparaître des effets positifs :

- le travail de partenariat a beaucoup progressé ;
- il y a moins d'hospitalisations, et quand celles-ci interviennent, elles sont moins longues. Il y a moins d'impayés et de troubles du voisinage ;
- plus largement, il est noté des effets de déstigmatisation de la maladie mentale.

Cependant, le dispositif reste fragile : il apparaît sous-doté et les financements sont éclatés et précaires du fait du cloisonnement de la gouvernance régionale et nationale.

5. 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 » (violences notamment) parfois associés à un abus de substances. Les acteurs de l'accompagnement peuvent être mis en difficulté et de ce fait :

- ne pas repérer certaines situations critiques sur le plan social ou psychique ;
- redouter d'avoir à faire face à ces situations très complexes pour lesquelles ils n'ont pas toutes les réponses.

Les équipes de droit commun (équipes de soins primaires, équipes des services d'urgence (urgences hospitalières, pompiers, services de police et de gendarmerie...), équipes médico-sociales, travailleurs sociaux des départements ou des centres communaux d'action sociale (CCAS), personnels de proximité des bailleurs dont les gardiens d'immeubles, personnels des administrations chargés d'accueillir le public, personnels des services d'urgence...) et les citoyens peuvent éprouver un sentiment d'impuissance face à ces 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 des personnes en situation de grande précarité et/ou présentant des troubles psychiques, la confrontation à des situations difficiles, voire dramatiques et aux obstacles du système peut être à l'origine d'un sentiment de perte de sens.

→ Il est recommandé de :

- **proposer des formations adaptées** : aux acteurs de première ligne non spécialisés, aux professionnels de santé, ainsi qu'aux professionnels intervenant au quotidien auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques ;
- **soutenir les professionnels** en :
 - organisant l'accès à des **ressources spécialisées** lorsque cela est nécessaire ;
 - mettant en place des **lieux d'échanges** et d'évaluation des pratiques ainsi que des **actions d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention du burnout**.

5.1. Former les acteurs

Les acteurs de première ligne (maraudes, personnels des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), personnels du dispositif accueil, hébergement, insertion, dont les veilleurs de nuit, personnels de proximité des bailleurs, bénévoles, services d'urgence, équipes de soins primaires, équipes sociales ou médico-sociales, agents d'accueil des administrations...) ont un rôle majeur dans le repérage des situations et l'orientation des personnes.

Par ailleurs, le soutien des personnes par les équipes qui les accompagnent au quotidien participe à 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 des personnes en situation de grande précarité**.

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 souhaitable de former les équipes de première ligne :

- au repérage des signes d'appel 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. Tout citoyen peut également bénéficier de cette formation.

→ Il est recommandé **de former les professionnels de santé** :

- à l'impact sur la santé et la santé mentale de la situation sociale des patients et à l'évaluation de celle-ci (voir par exemple le guide du Collège de la médecine générale paru en 2022 sur la prise en compte de la situation sociale des patients en médecine générale) ;
- aux spécificités de la prise en charge des pathologies duelles et des addictions (approche de réduction des risques et des dommages, repérage précoce, interventions brèves, etc.).

→ Pour les **équipes spécialisées dans l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité et les professionnels de santé**, il est recommandé que les formations comprennent également :

- une réflexion sur la stigmatisation, la discrimination dont sont victimes ces publics et sur l'importance particulière des postures d'accueil et de bienveillance ;
- les postures « d'aller vers » et de « rester avec » ;
- des informations pratiques sur les ressources disponibles sur le territoire :
 - lieux d'accueil 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 ;
- une formation au repérage des troubles de stress post-traumatique.

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. Les structures addictologiques peuvent aussi fournir un appui.

5.2. Soutenir les acteurs

Les équipes de droit commun

→ Il est recommandé aux acteurs de droit commun :

- d'organiser sur chaque territoire les modalités de **recours à des compétences spécialisées** afin d'apporter des réponses concrètes aux personnes : les acteurs 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 ;
- de **prévenir, anticiper et mieux répondre à ces situations** en construisant des collaborations pérennes avec les équipes spécialisées.

Pour tous les intervenants auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques

→ 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 ; y compris au travers d'échanges avec d'autres équipes ;
- des espaces **d'analyse de pratiques** avec éventuellement l'intervention de psychologues extérieurs à l'organisation ;
- des démarches **de prévention du *burnout*** et de promotion de la qualité de vie au travail dans un contexte où les professionnels doivent accompagner des situations particulièrement complexes ;
- un **accompagnement individuel** en fonction des besoins. Cet accompagnement peut s'appuyer sur les services de santé au travail (médecin, psychologue...).

6. Accompagner 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) et peuvent se cumuler. Il convient d'être attentif au croisement des vulnérabilités.

Ces vulnérabilités entraînent :

- des risques de négligence importants. Ces personnes se heurtent souvent à des refus d'accompagnement 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, par leurs vulnérabilités, encore plus que les autres confrontées à des risques de violence et 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.

Les **recommandations transversales** formulées dans ce document s'appliquent aux populations ayant des vulnérabilités spécifiques. C'est en particulier le cas des recommandations liées à la posture professionnelle : l'« aller vers », la bienveillance et le non-jugement.

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'ils peuvent vivre une vie épanouie avec des troubles.

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 s'inscrivant dans un parcours d'apprentissage et de développement,
 - à la protection nécessaire à leur âge ;
- des interventions précoces, dès les premiers symptômes, avec notamment, quand cela est possible, des thérapies prenant en compte l'ensemble de la famille, graduées et comprenant des interventions médicamenteuses si nécessaire ;

- 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*, comme le propose le programme « un chez-soi d'abord jeunes ».

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

Les consultations jeunes consommateurs peuvent accompagner les jeunes présentant des problématiques addictives.

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. Les études montrent également qu'avoir connu des événements traumatisants pendant l'enfance est un facteur de risque important d'entrée dans le sans-abrisme. Une vigilance particulière par rapport à ces enfants est donc essentielle dans une approche préventive.

Ce qui fonctionne :

- les approches globales, prenant en compte les besoins des parents et des enfants :
 - soutien thérapeutique et médicamenteux si besoin pour les parents,
 - soutien à la parentalité via la psychoéducation et via des aides très concrètes dans le quotidien (aide pour la garde des enfants, pour les transports),
 - soutien au développement des enfants via la mise en place d'espaces et de temps dédiés (espaces de jeux).

L'école peut être un lieu de repérage des difficultés en santé mentale des enfants, le médecin traitant ou la protection maternelle et infantile (PMI) peuvent également jouer un rôle. Il convient de sensibiliser ces acteurs aux vulnérabilités des enfants en situation de grande précarité. Le recrutement de pédopsychiatres au sein des EMPP peut également être une ressource pour accompagner ces enfants.

Les personnes de plus de 50 ans

- Les personnes vieillissantes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques peuvent présenter des comorbidités nombreuses : déficits cognitifs, maladies chroniques, troubles addictifs, vieillissement précoce pouvant entraîner des situations de perte d'autonomie ou de handicap. Leur situation administrative peut également être complexe.
- Les situations les plus complexes sont peu nombreuses, connues, mais souvent critiques. Les dispositifs de coordination devraient être le lieu pour proposer des solutions adaptées (communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), conseils locaux de santé et de santé mentale (CLSM), dispositifs d'appui à la coordination (DAC)).

Ce qui fonctionne :

- le dispositif « un chez-soi d'abord » apporte une réponse pertinente dans ces situations ;
- pour les personnes en situation administrative complexe souffrant d'une pathologie chronique invalidante, les lits d'accueil médicalisés (LAM) peuvent être une solution. Cela implique un développement des conventionnements entre les LAM et la psychiatrie ;
- les résidences accueil et éventuellement les maisons relais peuvent être une solution ;

- les personnes devraient pouvoir être accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les secteurs de psychiatrie peuvent soutenir les établissements accueillant ces publics.

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 héberger par des tiers contre des services, y compris sexuels, leur part reste donc probablement sous-évaluée.

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 sur la réduction des risques et des dommages. 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 tels que les maisons des femmes. Les hébergements doivent être stabilisés. L'accès à la psychiatrie périnatale doit être facilité. Par ailleurs, les autres femmes (elles-mêmes souvent mères) 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, du prendre soin ; de 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 ».

Les personnes lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels, queer, intersexuels + (LGBTQI+)

- La littérature internationale montre que parmi les jeunes sans domicile, les personnes LGBTQI+ sont surreprésentées. La prévalence des troubles psychiques sévères est élevée chez les personnes transgenres en situation de grande précarité. Il s'agit de populations particulièrement vulnérables.

Ce qui fonctionne :

- les interventions pensées au travers du prisme des questions de genre et d'orientation sexuelle ;
- la formation des professionnels aux problématiques liées à la diversité d'identité de genre et d'orientation sexuelle ;
- l'approche par les forces, la coordination de parcours, le soutien au pouvoir d'agir et les approches communautaires.

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 de 2010.

Ce qui fonctionne :

- des approches « réduction des risques et des dommages » intégrant la dimension psychiatrique ;
- des soins intégrés et articulés entre travail social, santé somatique, psychiatrie et addictologie intervenant sur les lieux de vie des personnes, dont les dispositifs accueil, hébergement, insertion (AHI) ;
- 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 kits overdose, dans le cadre règlementaire 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 problématiques 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.

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 les syndromes de Korsakoff ;
- troubles cognitifs liés à des maladies neurodégénératives ;
- conséquences de traumatismes crâniens, etc.

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...

Ce qui fonctionne :

- évaluer les troubles cognitifs en utilisant des outils validés (bilan neurologique, neuropsychologique, orthophonique et ergothérapeutique) ;
- former les professionnels à ces troubles et à la manière dont ceux-ci impactent la vie quotidienne ;
- travailler sur des points de repère spatiaux et temporels partagés entre l'ensemble des acteurs et la personne concernée, expliquer, vérifier la compréhension, utiliser des outils de communication adaptés ;
- 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 adapté ;
- donner l'accès à des services d'accompagnement du handicap psychique, coordonnés avec de l'hébergement/logement ;
- décloisonner les approches addictologiques, psychiatriques et cognitives.

Les vulnérabilités liées au parcours de migration

- Les personnes sans domicile nées à l'étranger souffrent trois fois moins de troubles psychiques que les personnes sans domicile nées en France mais la prévalence des états de stress post-traumatique est six fois supérieure, comme le montre l'étude SAMENTA.
- Parmi les migrants, les personnes en demande d'asile semblent encore plus à risque de développer des troubles psychiques.

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 professionnel²⁴ pour traiter de l'ensemble des questions sociales et de santé. L'interprétariat peut avoir des coûts importants et pour

²⁴ Haute Autorité de santé (2017). Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine, HAS. [Haute Autorité de santé – Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/interpr%C3%A9tariat-linguistique)

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 transculturelle et linguistique,
- pair-aidance s'appuyant sur des pairs avec une compétence linguistique,
- 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.

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.

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, s'efforcer de 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.

Le cas particulier des mineurs non accompagnés non pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance

Les « mineurs non accompagnés » (MNA)²⁵ sont des jeunes à protéger. Ils doivent bénéficier d'un accueil et d'un hébergement protecteurs et adaptés à leurs besoins. Les jeunes se déclarant mineurs non accompagnés bénéficient de la présomption de minorité jusqu'à ce qu'une décision de justice ayant autorité de chose jugée soit rendue, ainsi que le souligne le défenseur des droits dans son rapport sur les MNA en 2022. Cependant, les structures de soins et d'accompagnement pour adultes peuvent avoir à répondre aux besoins de jeunes se déclarant mineurs non accompagnés et dont le statut administratif est encore indéterminé. Cela entraîne souvent des incertitudes et des interrogations parmi les équipes et peut freiner la mise en place des soins et de l'accompagnement.

- Lorsque le statut administratif du jeune est incertain :
 - le jeune peut bénéficier des services de droit commun proposant une réponse aux besoins urgents (repas, vestiaires, information juridique, hébergement...) ;
 - les règles concernant l'accès aux soins destinées aux mineurs s'appliquent, y compris en ce qui concerne les soins psychologiques et psychiatriques :
 - le soignant peut intervenir sans le consentement des parents ou des tuteurs légaux, comme c'est le cas pour tout mineur :
 - dans les situations de soins urgents²⁶,
 - lorsque le jeune bénéficie en son nom propre de la complémentaire santé solidaire (CSS)²⁷,

²⁵ Un mineur non accompagné (aussi « mineur isolé étranger ») est une personne âgée de moins de 18 ans qui se trouve en dehors de son pays d'origine sans être, temporairement ou durablement, accompagnée d'un parent ou d'un représentant légal.

²⁶ Article R. 1112-35 et R. 4127-42 du Code de la santé publique (CSP).

²⁷ Article L. 1111-5 du Code de la santé publique (CSP).

- lorsque le jeune souhaite garder le secret sur son état de santé pour une action de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention permettant de sauvegarder sa santé. Il est néanmoins recommandé que le jeune puisse se faire accompagner d'un adulte de son choix qui peut être un membre de l'équipe soignante ou d'accompagnement²⁸ ;
 - dans tous les cas, le consentement éclairé du jeune doit être recherché.
- Repères en fonction du statut administratif du jeune :
 - le jeune est primo-arrivant et ne s'est pas présenté auprès des services départementaux de l'enfance en danger :
 - il convient de l'orienter le plus rapidement possible vers les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), en l'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 adapté²⁹ comprenant la réalisation d'une évaluation des besoins de santé³⁰ et la mise en place des soins jugés immédiatement nécessaires³¹ ;
 - le jeune a fait l'objet d'un refus d'admission à l'aide sociale à l'enfance (ASE) :
 - le jeune doit être informé 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,
 - il est souhaitable que le jeune soit informé des démarches effectuées par les services de l'ASE, notamment concernant sa santé : résultat du bilan, demande d'aide médicale d'État (AME), etc.,
 - il a accès aux dispositifs (santé/social) pour adultes, sur présentation de la notification de refus d'admission à l'aide sociale à l'enfance.

Par ailleurs :

- le jeune peut saisir le juge des enfants pour une nouvelle demande de protection. Les dispositifs pour adultes peuvent l'accompagner en ce sens, comme le souligne le défenseur des droits,
- il peut former un recours gracieux et/ou hiérarchique auprès du président du conseil départemental, un recours devant le tribunal administratif (qui peut être saisi en référé), ainsi que saisir le juge des enfants³²,
- il peut saisir le comité des droits de l'enfant des Nations unies qui peut ordonner la mise en place de mesures provisoires. Le rapport du défenseur des droits « Les mineurs non accompagnés au regard du droit » publié en 2022 décrit de manière complète les modalités de recours ;
- le jeune n'a pas été reconnu mineur par le juge des enfants :
 - l'autorité de la chose jugée implique de le reconnaître comme majeur et de l'accompagner en tant que tel avec l'ensemble des droits reconnus aux personnes majeures.

²⁸ Article L. 1111-5 du Code de la santé publique (CSP).

²⁹ Conseil d'État, 25 janvier 2019, ordonnances n° 427169, n° 427170, n° 427167.

³⁰ Telle que définie dans l'avis du Haut Conseil de santé publique (HCSP) du 07/11/2019.

³¹ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (2017). L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers ». Saint-Denis La Plaine, ANESM. [Haute Autorité de santé – L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers \(MNA\) » \(has-sante.fr\)](#)

³² Conseil d'État, 04/06/2020, 440686 ; articles 375 et suivants du Code civil.

Un dispositif spécifique en direction des publics migrants

Plusieurs constats ont conduit à la mise en place en région parisienne d'un dispositif spécifique de portée régionale en direction des publics migrants en situation de logement instable et présentant des troubles et une souffrance psychiques :

- l'augmentation récente de populations migrantes très exposées aux risques de développement de troubles psychiatriques du fait de parcours d'exil difficiles et de situations de grande précarité sociale et administrative ;
- la difficulté d'accès aux soins de ces populations et surtout de maintien dans des parcours de soins ;
- la tendance à traiter les situations sur le mode de l'urgence.

Un dispositif a été mis en place en 2020 pour faciliter l'accès aux soins psychiatriques des personnes migrantes en situation de logement instable, en région parisienne (hors cadre d'urgence et de troubles sévères). Ce dispositif prend la forme d'une unité de consultation ambulatoire rattachée à un établissement public de santé mentale et dotée d'une équipe multidisciplinaire composée de psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues et interprètes-médiateurs.

Objectifs

Ses objectifs sont de :

- garantir une continuité de soins et un ancrage efficace dans le système administratif et de soins (somatiques et psychiatriques) à moyen et à long terme, en facilitant le lien entre la personne et les différents partenaires de droit commun ;
- diminuer la détresse psychosociale de ce public et son impact sur l'évolution des troubles psychiatriques à travers l'intervention d'interprètes-médiateurs, un travail avec des partenaires diversifiés (médical, social, associatif, culturel...), permettant la promotion du bien-être psychologique et de la vie sociale.

Fonctionnement

L'orientation est effectuée par les « équipes d'amont » (équipes médicales ou équipes sociales des centres d'accueil et d'hébergement accueillant pour migrants, etc.).

Lors d'un premier rendez-vous, les priorités sont identifiées avec la personne :

- les démarches urgentes et partenaires à contacter en priorité sont identifiés (accès aux droits, hébergement, vie sociale) ;
- les besoins d'interprétariat ;
- une évaluation somatique est systématiquement proposée ;
- les troubles psychiques sont repérés ; un accès facilité aux traitements pharmacologiques à des thérapies type « psychothérapie brève d'orientation » (thérapie cognitive comportementale (TCC)) ou thérapie *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) est organisé.

Au-delà de ces premières mesures, le dispositif met l'accent sur l'ancrage à moyen et long terme dans un parcours de soins, d'insertion et de vie pour ces personnes, au travers :

- d'un accès des personnes à des soins somatiques adaptés par le développement d'un partenariat avec les centres de santé et les médecins généralistes ;
- du lien avec les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux de droit commun, y compris du secteur psychiatrique ; ce lien est particulièrement facilité par les interprètes

médiateurs de l'équipe ; un soutien aux équipes est proposé pour mettre en place le suivi à long terme des personnes ;

- du renforcement des facteurs de protection et de résilience des personnes par la proposition d'activités permettant la (re)construction d'un « capital social » : apprentissage de la langue, participation à des groupes d'entraide, etc.

7. Construire une réponse publique coordonnée

L'organisation du système de santé et les réponses spécifiques pour les personnes en situation de grande précarité font intervenir plusieurs acteurs au niveau national (administrations centrales, Assurance maladie) et sont mises en œuvre sur les territoires par un grand nombre d'acteurs, en particulier les services déconcentrés de l'État (agences régionales de santé (ARS), directions régionales de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS) et directions départementales de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DDETS)). Interviennent aussi les préfetures et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ainsi que les collectivités territoriales. L'organisation en silos des politiques publiques est un frein à l'articulation entre les services de soins, dont les services de soins psychiatriques et les services sociaux et médico-sociaux. La fragmentation au niveau du système national et territorial 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 proposant une approche globale sont mis en œuvre, ils s'appuient sur une pluralité de financements souvent non pérennes.

- Il est recommandé aux pouvoirs publics de **garantir une réponse adaptée aux personnes en grande précarité présentant des troubles psychiques** en :
- améliorant l'**évaluation des besoins** au plan national et territorial ;
 - **renforçant les dispositifs** sanitaires, sociaux et médico-sociaux pertinents ;
 - organisant une **meilleure intégration et coordination** de ces dispositifs et des politiques publiques au sein des territoires et entre les territoires ;
 - améliorant la **lisibilité du système** et en poursuivant les efforts de **simplification administrative** pour favoriser l'accès aux droits ;
 - adaptant les réponses aux **spécificités des territoires**.

7.1. Apporter une réponse publique à la hauteur des besoins

- Il est recommandé aux pouvoirs publics **d'évaluer** nationalement et localement, en associant l'ensemble des acteurs et les personnes concernées, **les besoins sociaux (qui doivent comprendre les besoins en termes de logement et d'hébergement) et en santé mentale** des personnes en situation de grande précarité pour **apporter des réponses coordonnées et en nombre suffisant**.

Cela passe par une consolidation et un partage des diagnostics effectués dans les secteurs sanitaire (par exemple, les projets régionaux de santé (PRS)), social et médico-social (par exemple, le plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD)). L'évaluation pourra s'appuyer sur les travaux menés lors de l'écriture des projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

- 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 ;
 - une offre **d'hébergement adaptée, inconditionnelle et respectueuse de la dignité et de l'intimité des personnes dont la situation administrative** ne permet pas un accès immédiat au logement.

- Il est recommandé aux pouvoirs publics de développer :
- une **offre de soins en psychiatrie et en santé mentale** appuyée sur la psychiatrie (publique, privée et associative), intégrant les acteurs des soins primaires, en particulier les médecins généralistes, suffisante et accessible pour les personnes en situation de grande précarité ;
 - **une offre sociale et médico-sociale** suffisante, répondant aux besoins des personnes cumulant les vulnérabilités.

Il s'agit notamment de développer l'offre en psychiatrie, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les appartements de coordination thérapeutique (ACT), y compris les ACT « un chez-soi d'abord » et les ACT « hors les murs », les résidences accueil, les lits halte-soins santé (LHSS), y compris les équipes mobiles, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), les équipes mobiles santé somatique (équipe spécialisée de soins infirmiers précarité (ESSIP), équipes mobiles santé précarité (EMSP)), etc.

- Il est recommandé aux pouvoirs publics d'assurer **la pérennité** des dispositifs innovants proposant **un accompagnement sanitaire et social global et des réponses intégrées (santé/social)**.

Cela implique de prévoir des financements pérennes en particulier pour :

- les dispositifs intégrés pluridisciplinaires associant logement ou hébergement, accompagnement et soins psychiques ; les dispositifs de type coordination de parcours ;
- les réseaux de coordination des acteurs ;
- les équipes mobiles psychiatrie intervenant dans le logement ;
- etc.

- Il est recommandé d'intégrer dans les **programmes de formation initiale et continue** des travailleurs sociaux et des soignants des modules facilitant **l'interconnaissance et la connaissance de ces publics**.

- Il est recommandé d'organiser les réponses pour permettre l'accompagnement global des personnes et leur **éviter les ruptures de droits et les ruptures de soins**. En particulier, **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.

La politique de lutte contre le sans-abrisme en Finlande : une politique intégrée, portée par l'État et contractualisée au niveau des territoires

La politique de lutte contre le sans-abrisme finlandaise est une approche très pragmatique, proche des principes du programme « *Housing First* » porté fortement par l'État et les acteurs locaux (municipalités, organisations non gouvernementales (ONG)).

Historique

Lutter contre le sans-abrisme est une priorité pour les autorités finlandaises depuis les années 1980. Dès 1985, des municipalités et les principales ONG fondent la Y-Foundation pour mettre un terme au sans-abrisme. Cette fondation va acquérir des logements pour les louer avec des baux de droit commun aux personnes sans domicile³³. De 17 000 en 1987, le nombre de personnes sans domicile va diminuer pour stagner à partir de 2004 entre 7 500 et 8 000. Si ces premiers programmes ont donné des résultats probants, ils n'ont pas permis d'apporter des réponses à l'ensemble des personnes en situation de sans-abrisme et particulièrement à celles en situation de sans-abrisme de longue durée, notamment car une part d'entre elles présentait des problématiques intriquées de santé mentale et d'addictions.

En 2007, un « groupe des sages » présente au nom du ministère de l'Environnement un rapport proposant un programme visant à l'éradication du sans-abrisme (réduction de 50 % à l'horizon 2011 et éradication à l'horizon 2015). Un groupe de travail développe les grands principes et lignes directrices du programme et celui-ci est adopté en février 2008 par le gouvernement finlandais.

Principes et modalités du programme

Le programme se caractérise par deux principes directeurs :

- un logement de droit commun avec un bail au nom de la personne ;
- un accompagnement non limité dans le temps lorsque la personne le souhaite.

Le modèle finlandais partage avec les programmes « *Housing First* » des principes fondamentaux :

- le logement est un droit humain ;
- les personnes ont le droit de choisir le logement qui leur convient ;
- le logement et l'accompagnement ne sont pas liés ;
- l'accompagnement est orienté « rétablissement » (*recovery*) : primauté des choix et aspirations de la personne, approche des soins et de l'accompagnement centrée sur la personne ;
- l'accompagnement s'appuie sur une approche de réduction des risques et des dommages.

Il se distingue cependant du modèle « *Housing First* » en proposant un nombre important de logements en collectif et semi-collectif, notamment pour les « sans-abris chroniques ». Ces logements ont été construits à la suite de la mise en place d'un plan de transformation des dortoirs et hébergements en logements autonomes de droit commun.

En plus de l'objectif de diminution du nombre de personnes sans-domicile, ce programme propose un axe préventif appuyé sur des objectifs chiffrés, qualitatifs et territoriaux concernant :

³³ La Y-Foundation comprend à sa création les cinq plus grandes villes finlandaises et des ONG comme la Croix-Rouge finlandaise, l'Association finlandaise de la santé mentale, l'église évangélique Finnoise, l'Association finlandaise des municipalités, l'industrie de la construction finlandaise et le Syndicat finlandais des travailleurs de la construction. Elle possède actuellement environ 17 000 logements, soit des logements sociaux abordables, soit des logements fléchés pour les sans-abris, et est le quatrième plus grand propriétaire de parc de logements en Finlande.

- l'abandon des hébergements et la création d'unités résidentielles permettant une vie autonome. Des financements importants sont prévus pour la rénovation et la reconversion des hébergements ;
- l'identification de groupes cibles pour le développement de stratégies de prévention : jeunes, sortants de prison et personnes menacées d'expulsion.

Le ministère de l'Environnement chargé de la politique du logement est le pilote de la mise en œuvre du projet. Il coordonne les acteurs au niveau national en articulant les actions du ministère de la Santé et des services sociaux, du ministère de la Justice, des organismes responsables des services de logement et les organismes chargés de la réponse pénale. Il coordonne également les actions avec l'échelon territorial via des lettres d'intention. Ces lettres fixent par municipalité concernée des objectifs en termes de création de logements. Le financement des constructions et de l'accompagnement est également contractualisé, il est porté par l'État, les municipalités et l'Association finlandaise des machines à sous.

Cette stratégie nationale intégrée, assortie d'une méthode et d'un plan de mise en œuvre très concrets, a permis un développement national du modèle et une transformation rapide des organisations et des services. Le nombre de personnes sans logement personnel en Finlande a décliné significativement, elles sont aux alentours de 4 000 en 2022.

7.2. Coordonner les acteurs au niveau national et sur un territoire

Les acteurs de l'accompagnement social, du médico-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 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.

- 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.

Cela implique d'inscrire la coordination institutionnelle dans les missions des organisations territoriales, en particulier celles des services déconcentrés de l'État et de mettre en place un pilotage lisible, avec un chef de file identifié et articulé intégrant les collectivités locales.

Notamment, il convient de proposer une organisation à même d'assurer sur chaque territoire les articulations :

- entre le secteur accueil, hébergement, insertion (AHI), les acteurs de la psychiatrie et les soins primaires, le secteur de l'addictologie dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ;
- 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 ;
- entre les interventions des différents dispositifs de l'« aller vers » sur les bassins de vie, afin de 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 » chargée de l'identification des besoins et de l'orientation vers une deuxième ligne plus spécialisée en psychiatrie, santé mentale et/ou addictologie.

Les coopérations peuvent s'organiser dans le cadre de réseaux ou prendre la forme d'un groupement (groupement d'intérêt public (GIP), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)...). Le SIAO joue un rôle central dans la coordination entre les dispositifs de l'AHJ et du logement et les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

→ Il est recommandé de proposer **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'expulsion).

→ Il est recommandé aux services déconcentrés de l'État (ARS et DDETS) et aux collectivités territoriales 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 pour proposer une réponse globale aux personnes présentant des besoins complexes et améliorer la lisibilité pour les personnes concernées.

Il s'agit en particulier des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), des services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO), des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), etc.

→ Il est recommandé aux responsables de l'organisation territoriale **d'améliorer la lisibilité de l'offre en donnant accès aux informations pratiques** sur les ressources disponibles sur le territoire (lieux d'accueil, ressources logement, santé, emploi...).

Une organisation des parcours en psychiatrie et santé mentale est à prévoir sur chaque territoire pour répondre aux besoins des publics précaires présentant des troubles psychiques. Elle devra s'appuyer sur la psychiatrie (publique, privée et associative), les acteurs de l'addictologie et intégrer les acteurs des soins primaires, en particulier les médecins généralistes. Elle devra également s'appuyer sur les acteurs sociaux et médico-sociaux accompagnant ces publics.

L'organisation de ces parcours relève en particulier des missions des agences régionales de santé (ARS) et peut prendre appui sur les **instances de concertation et de coordination territoriale**.

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) permettent notamment aux acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux de prioriser les actions en faveur de la santé mentale qu'ils souhaitent développer. Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) permettent une coordination au niveau local.

Exemple d'actions coordonnées mises en place dans le cadre des PTSM

Lors de l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale (PTSM), trois fiches actions à destination des personnes en situation de précarité ont été priorisées :

- mise en place d'interventions précoces des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) au domicile des personnes pour prévenir les situations d'expulsion locative ;
- mise en place de sessions de sensibilisation et de formation des travailleurs sociaux à la souffrance psychique ;
- travail avec la psychiatrie publique sur la sectorisation des personnes sans chez-soi.

→ Il est recommandé de prendre en compte les territoires et 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** et de **renforcer l'offre de proximité** (par exemple, le développement de centres d'examen de santé de proximité, la mise en place de partenariats avec les associations d'aide à la mobilité en milieu rural, le développement de bus mobiles « sociaux », d'équipes mobiles de soins somatiques ainsi que des pratiques d'« aller vers » des acteurs de la psychiatrie et de l'addictologie).

Aller vers les personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques en Guyane française

En Guyane, département et région d'outre-mer marquée par la diversité du territoire et des populations, la pauvreté d'une grande partie de la population et l'insuffisance de l'offre de soins et en particulier en santé mentale, les acteurs de l'organisation territoriale, du monde associatif et du secteur hospitalier se sont mobilisés et ont mis en place des actions mettant l'accent sur la coordination et l'« aller vers », en particulier :

- des équipes mobiles qui proposent des consultations dans les quartiers d'habitat spontané ;
- des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ambulatoires et délocalisées ;
- des réseaux de professionnels libéraux (infirmiers et médecins) qui prennent en charge des personnes présentant des maladies chroniques et dont les droits sont en cours d'ouverture ;
- sur les questions de santé mentale :
 - des dispositifs associatifs permettant un premier repérage des situations de souffrance psychique parmi les populations les plus précaires,
 - un centre spécialisé dans le psychotraumatisme,
 - une équipe mobile pédopsychiatrie et périnatalité,
 - une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP),
 - des partenariats entre les acteurs de l'addictologie et les autres acteurs de « l'aller vers » en santé et en santé mentale,
 - un réseau de médiateurs connaissant les vulnérabilités spécifiques des populations,
 - un centre régional prévention suicide (CRPS) ;
- dans les régions de l'intérieur, il existe :
 - des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) (médecin(s), infirmier(s), secrétaire(s), agents hospitaliers et aides-soignants) qui accueillent des missions spécialisées temporaires (périnatalité, psychiatrie...),
 - des structures ambulatoires de psychiatrie complétées par des « missions fleuve » prenant la forme de missions d'équipes mobiles psychiatriques dans les villages amérindiens uniquement accessibles en pirogue.

Sur le plan de la gouvernance et de l'organisation territoriale, un comité de veille de l'accès aux droits et aux soins, piloté par l'agence régionale de santé (ARS), a été mis en place. Les élus locaux sont de plus en plus impliqués.

Malgré cette mobilisation, face à l'ampleur des problèmes, la faiblesse des ressources des dispositifs sociaux et de santé demeure une source de questionnements parmi les acteurs du département.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Association élus, santé publique et territoires

Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM)

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS)

Collège de la médecine générale (CMG)

Collège français de la médecine d'urgence (CFMU)

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

Comité de concertation du secteur social et médico-social (membres)

Comité des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY)

Conférence des présidents de CME de CHS

Conseil régional des personnes accompagnées Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRPA PACA)

ESPER PRO (association de travailleurs pairs professionnels)

Fédération française de psychiatrie (FFP)

Fédération française des psychologues et de la psychologie (FFPP)

Fédération nationale des Samu sociaux (FNSS)

Fédération des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Fédération santé habitat

Médecins du monde

ORSPERE-SAMDARRA Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés

Première urgence internationale

Union nationale pour l'habitat des jeunes (UNHAJ)

Union professionnelle du logement accompagné (UNAFO)

Union sociale pour l'habitat (USH)

Entretiens réalisés et visites sur sites

Entretiens réalisés

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Agence régionale de santé de Guyane

Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM)

AUTISME France

Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS)

Centre hospitalier de Cayenne :

- équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)
- permanence d'accès aux soins de santé (PASS)
- centre de prévention du risque suicidaire (CPRS) de Guyane

Centre de réhabilitation psychosociale Sainte-Anne

Collectif national des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Collège de la médecine générale (CMG)

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

Comité des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY)

Comité pour la santé des exilés, antenne de Guyane

Conférence des présidents de CME de CHS

Conseil intercommunal de santé mentale (CISM) de la communauté d'agglomération du centre littoral, Guyane

Conseil local de santé mentale (CLSM) d'Avignon
 Conseil local de santé mentale (CLSM) de Metz
 Conseil local de santé mentale (CLSM) de Strasbourg
 Conseil régional des personnes accompagnées Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRPA PACA)
 Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL)
 Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS)
 Direction générale de la Santé (DGS)
 Fédération française des PASS
 Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)
 Fédération nationale des Samu sociaux (FNSS)
 Fédération santé habitat (FSH)
 ORSPERE-SAMDARRA Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés
 Première urgence internationale
 Médecins du monde, délégation Guyane
 Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
 Union nationale pour l'habitat des jeunes (UNHAJ)
 Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)
 Union professionnelle du logement accompagné (UNAFO)
 Union sociale pour l'habitat (USH)
 Représentants du dispositif Silapsy, projet porté en partenariat par SILENE HABITAT, le centre hospitalier de Saint-Nazaire et l'Association solidarité Estuaire
 Représentants du protocole de prise en charge sanitaire des migrants accueillis dans l'Indre signé entre le préfet de l'Indre, l'ARS Centre-Val de Loire, le conseil territorial de santé (CTS), l'union de caisse-institut interrégional pour la

Équipes rencontrées lors des visites sur site

➔ Lille (59) :

EM3P Diogène équipe mobile psychiatrie précarité Diogène et permanence d'accès aux soins de santé (PASS) rattachée à l'EPSM Lille Métropole
 Réseau santé solidarité Lille Métropole
 Coordination mobile accueil orientation (CMAO)/Samu social
 Programme « un chez-soi d'abord jeunes »
 Abej Solidarité :
 – halte de nuit
 – service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) « précarité »
 – résidence accueil de Capinghem
 – SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)

santé (UC-IRSA), l'association interdépartementale pour le développement des actions en faveur des personnes handicapées et inadaptées (AIDAPHI), solidarité accueil, Coallia, Adoma

Dr BOSETTI Thomas, psychiatre, coordinateur général du programme alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif pour des personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères et sans domicile, Marseille

Dr BOULODNINE Raphaël, psychiatre, coordinateur médical du programme *Working First*, Marseille

Mme CARIA Aude, directrice d'un site d'information sur la santé mentale, Paris

Mme CASTILLO Marie-Carmen, directrice d'un laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie, Paris

Mme CHARRIER Laura, directrice générale adjointe d'une association œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, Nantes

M. de CONINCK Vincent, directeur général d'une association œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, Lille

M. ELHAMDY Samir, travailleur pair, membre d'un comité local du travail social et du développement social, Mulhouse

Dr GOZLAN Guy, psychiatre, directeur du SAMSAH Prépsy, Paris

Mme PUEL Clémence, responsable du projet éducatif et de l'inclusion des publics, Quimper

Mme RHENTER Pauline, avocate et chargée de recherche du programme de recherche « un chez-soi d'abord », Marseille

Dr RICHARD Olivier, chef de pôle urgence – soins critiques, chef de service Samu, Versailles

M. ROUYER Patrick, Président d'une association gérant un centre de formation, Paris

Dr ZUCCA Sylvie, psychiatre, Paris

➔ Lyon (69) :

Alynéa :

- interface 9, équipe de prévention et d'accompagnement dans le champ de la santé mentale
- centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) Cléberg, Villeurbanne
- pôle veille sociale
- projet « Zone libre »

GCSMS « un chez-soi d'abord »

Équipe mobile psychiatrie précarité « interface SDF » (CH Saint-Jean de Dieu)

ORSPERE-SAMDARRA Observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés

Intermed, équipes infirmières, dispositif de médiation et de coordination en santé

Dispositif « Horizon santé habitat » (centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) Bell'Aub, LAHSO, L'Association de l'hôtel social et centre hospitalier (CH) du Vinatier)

Coordination réseau social « Rue-Hôpital », agence régionale de santé (ARS)

Communauté psychiatrique de territoire Rhône-Métropole

Pôle santé publique Rhône/Métropole de Lyon, agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Maison de la veille sociale

➔ Marseille (13) – membres des équipes :

Centre de formation au rétablissement (COFOR)

Dispositif Sindiane de soutien aux femmes et aux personnes LGBTIQ+ migrantes

MARSS – Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social

AUP – Association des usagers de la permanence d'accès aux droits sociaux (PADA) de Marseille et du centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) autogéré

Lieu de répit, lieu d'accueil alternatif à l'hospitalisation en psychiatrie pour les personnes en situation de précarité

Auberge marseillaise, lieu de vie géré par 7 associations marseillaises dans les champs de la santé mentale et de la lutte contre la précarité

➔ Noyon (Oise, 60) :

Résidence accueil Coallia

➔ Paris (75)

Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) Sainte-Anne, GHU Sainte-Anne

Groupe de travail

M. Pascal ISOARD-THOMAS, président du groupe de travail, directeur général d'une association œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, Lyon

Dr Alain MERCUEL*, président du groupe de travail, psychiatre, chef de pôle « psychiatrie précarité », Paris

Dr Aurélie TINLAND, chargée de projet, psychiatre, équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Marseille

Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, cheffe de projet, Haute Autorité de santé (HAS)

Mme Florence LIGIER, cheffe de projet, Haute Autorité de santé (HAS)

Mme Caroline ACARD, coordinatrice sociale en centre d'hébergement d'urgence (CHU) et accueil de jour, Paris

M. Jean-Marc ANTOINE, administrateur d'une fédération dans le champ social, retraité, Paris

Mme Myriam AUPTTEL, directrice d'un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), Bordeaux

M. Erwan AUTES TREAND, responsable du pôle vulnérabilités en santé, direction de la protection de la santé et de l'autonomie, Bordeaux

Pr Georges BROUSSE, psychiatre, addictologue, chef de service d'addictologie et pathologies duelles, Clermont-Ferrand

Mme Christine CHARNAY HEITZLER, directrice du pôle développement et innovation sociale dans une association œuvrant pour l'habitat et l'accompagnement des personnes vulnérables, Marseille

M. Gilles DESRUMEAUX, président d'une association dans le champ du logement accompagné, Lyon

Mme Hamel DJEDDI, psychologue clinicienne, équipe mobile psychiatrie précarité et PASS, Lille

Dr Catherine DUPRE GOUDABLE, médecin, retraitée, chargée de mission au sein d'un espace éthique de réflexion, Toulouse

M. Maxime FAISANDIER, infirmier coordinateur d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lyon

Dr Sarraouinia GAKUNZI, médecin généraliste en maison de santé pluriprofessionnelle, assistante universitaire de médecine générale, Pré-Saint-Gervais

M. Antoine GENDRONNEAU, éducateur spécialisé, « un chez-soi d'abord », Poitiers

M. Éric JOLY, médiateur de santé-pair, Carpentras

M. Christian LAVAL, sociologue, chercheur associé, Lyon

Dr Frédéric LEFRERE, psychiatre en équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Versailles

Dr Charlotte LENOIR, psychiatre en équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Marseille

Mme Maria MELCHIOR, directrice de recherche, Paris

Mme Linda MENEGALDO, mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM), service tutélaire, Sin-le-Noble

Dr Houda MERIMI, médecin généraliste, responsable du pôle qualité des pratiques en santé dans une ONG, Paris

* par courrier en date du 01/12/2023 a informé ne pas souscrire à cette recommandation

M. Stéphane MURAT, médiateur de santé-pair, « un chez-soi d'abord jeunes », Toulouse

Dr Lydie PACHTCHENKO, chargée de mission santé, cheffe du service conseil médical, conseillère de prévention, Metz

Mme Chloé PONS, psychologue clinicienne au sein d'un CHRS, directrice adjointe d'une association proposant un « aller vers » les personnes les plus vulnérables psychologiquement, Paris

M. Thierry RENAUT, personne concernée, Le Havre

Mme Séverine ROLLIN, cadre socio-éducative, chargée de mission dans une équipe mobile psychiatrie précarité et PASS, Lille

Groupe de lecture

Mme Angèle BARONCINI, infirmière équipe mobile psychiatrie précarité et PASS, Lille

M. Ismaël BECHLA, doctorant en anthropologie de la psychiatrie, Marseille

M. Lucas BEMBEN, psychologue clinicien en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et en appartements de coordination thérapeutique (ACT), membre d'un collectif de recherche, Nancy

Mme Rachel BERTHELE, directrice adjointe du service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) et veille sociale, Toulouse

Mme Barbara BERTINI, coordinatrice des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Île-de-France, Paris

M. Claude BOUGUENEC, conseiller en économie sociale familiale dans un groupe d'entraide mutuelle (GEM), Vannes

Mme Catherine BULLIAN, personne concernée, représentante des personnes concernées, Caen

Mme Gaëlle CHARLOT, ergothérapeute, psychiatrie carcérale, service médico-psychologique régional, Bordeaux

Mme Dominique CHARMEIL, directrice générale d'établissements sociaux et médico-sociaux, Clermont-Ferrand

Mme Élodie CHAYRIGUES, infirmière, « un chez-soi d'abord jeunes », Toulouse

M. Djelloul CHENOUI, éducateur spécialisé en équipe de maraude, Lille

Dr Pierre-Henri DACULSI, médecin en centre de santé pour les personnes en situation d'exil, Paris

Mme Cendrine DELAVault, directrice d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), Caen

Mme Sophie DESROUSSEaux, infirmière au sein d'une EMPP et d'une association œuvrant auprès des personnes en situation de vulnérabilité ou d'exclusion, personne concernée, Marseille

Mme Delphine GILLET, directrice technique, coordinatrice de parcours dans des services d'accompagnement social, Vosges

M. Jean-Luc SICARD, cadre paramédical supérieur, responsable d'un CHRS, de LHSS, de LAM, d'une résidence accueil et d'une EMPP, Avignon

Mme Alexandra THEZAN, cadre de santé, cheffe de service lits d'accueil médicalisés (LAM), Montpellier

Mme Brigitte VERGEZ, infirmière de secteur psychiatrique, « un chez-soi d'abord jeunes », Toulouse

M. Dominique VIRLOGEUX, personne concernée, retraité, Roanne

Dr Vincent GIRARD, psychiatre en équipe d'intervention de crise, Marseille

M. Sébastien GOUDIN, référent parcours santé mentale/santé précarité/addictions, chargé de mission prévention promotion de la santé, Cantal

Dr Gladys IBANEZ, médecin généraliste en centre de santé et directrice d'un département de médecine générale en université, Paris

M. Philippe JAMET, infirmier en équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Poitiers

Dr Maeva JEGO, médecin généraliste, maître de conférences en médecine générale, Marseille

Dr Antoine LAZARUS, professeur de médecine honoraire en santé publique et médecine sociale, administrateur d'une ONG, Paris

Mme Brigitte LECOINTRE, infirmière libérale, Nice

Dr Marie-Aude LEGUERRIER, psychiatre, praticienne hospitalière, Saint-Nazaire

M. Jean-Pierre LORENZI, cadre de santé, Grenoble

Dr Florence LOUPPE, psychiatre en lits halte-soins santé (LHSS) et lits d'accueil médicalisés (LAM), Paris

Dr Hervé MARTINI, médecin, addictologue, Nancy

Mme Élodie MICHALLAT, neuropsychologue, coordinatrice d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), Brest

M. Vincent MORIVAL, directeur du pôle accueil d'une association œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, Lille

M. Catalin NACHE, directeur territorial adjoint d'une association œuvrant pour l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, Bouches-du-Rhône

Mme Océane NICOLEAU, juriste, association gérant des services sociaux et médico-sociaux, Pau

Mme Marianne NOUHAUD, sage-femme coordinatrice, Nantes

Mme Cathy PAUL, aide médico-psychologique, appartements de coordination thérapeutique (ACT), Brest

M. Gérard PLACET, directeur d'établissements et services, Seine-et-Marne

Mme Adeline REYNOUARD, assistante de service social, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Lyon

Dr Sylvie ROBERT, psychiatre, médecin coordonnateur d'une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Lille et métropole

M. Jean-Régis ROOIJACKERS, coordinateur d'une association œuvrant auprès des personnes en situation de vulnérabilité ou d'exclusion, Marseille

Mme Perrine ROUX, pharmacienne, chercheuse en santé publique, Paris

Dr Maxime ROZES, médecin généraliste, maître de conférence associé de médecine générale, Villejuif

Dr Andrea TORTELLI, psychiatre, Paris

M. Gilles TRULLARD, directeur de pôle d'établissements médico-sociaux, Drôme/Ardèche

Dr Jean-Christophe VIGNOLES, psychiatre en équipe mobile psychiatrie précarité, Lyon

Dr Jacques YGUEL, médecin spécialisé en santé publique et médecine sociale, addictologue, Avesnes-sur-Helpe

Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers ayant participé à la relecture des recommandations

Association élus, santé publique et territoires

Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM)

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS)

Collège de la médecine générale (CMG)

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

Collège national des universitaires de psychiatrie (CNPU)

Comité des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY)

Conférence des présidents de CME de CHS

Conseil national des personnes accueillies ou accompagnées (CNPA)

Conseil national professionnel (CNP) infirmier

Conseil régional des personnes accompagnées Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRPA PACA)

Croix-Rouge française

ESPER PRO (association de travailleurs pairs professionnels)

Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)

Fédération Addiction

Fédération française de psychiatrie

Fédération française des psychologues et de la psychologie (FFPP)

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)

Fédération nationale des Samu sociaux (FNSS)

Fédération santé habitat

ORSPERE-SAMDARRA Observatoire santé mentale

Syndicat national des psychologues (SNP)

Union professionnelle du logement accompagné (UNAFO)

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ACT	Appartements de coordination thérapeutique
AHI	Accueil, hébergement, insertion
AME	Aide médicale d'État
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAPEX	Commission de coordination des actions de prévention des expulsions
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDPS	Centre délocalisé de prévention et de soins
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRPS	Centre régional prévention suicide
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la santé publique
CSS	Complémentaire santé solidaire
DAC	Dispositifs d'appui à la coordination
DALO	Droit au logement opposable
DDETS	Direction départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DREETS	Direction régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA	Équipes de liaison et de soins en addictologie
EMDR	<i>Eye movement desensitization and reprocessing</i>
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
EMSP	Équipe mobile santé précarité
ESSIP	Équipe spécialisée de soins infirmiers précarité
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute Autorité de santé
IML	Intermédiation locative
LAM	Lits d'accueil médicalisés

LGBTQI+	Lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels, queer, intersexuels +
LHSS	Lits halte-soins santé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MNA	Mineur non accompagné
OFII	Office français de l'immigration et l'intégration
ONG	Organisation non gouvernementale
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDALHPD	Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
PMI	Protection maternelle et infantile
PRS	Projet régional de santé
PTSM	Projet territorial de santé mentale
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour personne handicapée
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
TCC	Thérapie cognitive comportementale

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

