



Cahier des charges Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) – 2024

I- Définition des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)

Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) ont pour vocation d'intervenir auprès des publics en situation de grande précarité et d'exclusion présentant des troubles psychiques, ainsi qu'auprès des acteurs de première ligne en lien direct avec ces publics. L'exclusion et la grande précarité génèrent des souffrances notamment psychiques qui fragilisent les individus, les rendent plus vulnérables et les maintiennent à l'écart des prises en charge habituelles du droit commun. Par ailleurs, les troubles psychiques sont surreprésentés¹ parmi les populations les plus précaires, avec des liens complexes et intriqués entre les deux phénomènes.² Il est donc crucial, dans un contexte d'augmentation de la précarité, de développer les formes « d'aller-vers » pour favoriser l'accompagnement de ces publics spécifiques. Les EMPP sont un acteur privilégié de ces démarches « d'aller-vers ».

Elles vont à la rencontre de personnes en situation de grande précarité et d'exclusion afin de créer ou rétablir un lien social, d'évaluer leur état de santé, de les orienter, de leur permettre un accès aux soins et de premières prises en charge.

Elles s'adressent également aux acteurs dits de première ligne qui sont amenés à rencontrer, à accompagner et prendre en charge ces publics.

L'évaluation des besoins en santé mentale de ce public fragilisé se heurte souvent à l'absence de demande de soins manifeste voire à un renoncement aux soins. Le besoin de soins peut être cependant plus aisément exprimé par les professionnels de première ligne intervenant auprès de ces publics - au préalable sensibilisés sur le sujet - d'où la nécessité de cette double mission.

Les EMPP interviennent quelle que soit la situation au regard des droits à l'assurance maladie et s'inscrivent dans une démarche d'écoute et de bienveillance auprès de ces publics vulnérables.

Les EMPP sont rattachées préférentiellement à des établissements de santé autorisés en psychiatrie et ont vocation à intervenir dans les zones urbaines, semi-urbaines et rurales présentant chacune des particularités à prendre en compte dans la définition des publics bénéficiaires des actions des EMPP.

¹ Laporte, A., & Chauvin, P. (2010). Samenta. [Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Premiers résultats.](#)

²HAS : Grande précarité et troubles psychiques - Note de cadrage - Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques - Cadrage

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE - Mis en ligne le 30 sept. 2021

A. Définition des publics

La précarité peut se définir comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi ou du logement, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.³

Au niveau des territoires, on observe des formes de précarité très hétérogènes dépendantes des contextes locaux, on parle alors de « *précarités* ». Dans une analyse menée par le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé⁴ (CREDES) par exemple, la précarité s'étudie à l'aune de six facteurs : l'emploi, le revenu, le logement, les liens sociaux, la couverture maladie et la régularité du séjour en France pour les étrangers.

Ainsi, l'absence de logement et/ou hébergement pour un individu n'est pas la condition unique pour qualifier sa situation de grande précarité. Si l'échelle ETHOS⁵ fournit des indicateurs intéressants quant au degré de précarité des individus via le prisme du logement, d'autres indicateurs sont à prendre en compte. Ainsi, dans les zones semi-urbaines et rurales en particulier, le manque d'accès aux transports peut s'avérer source de précarisation, de renoncement aux soins et d'isolement. On observe à l'inverse dans les centres urbains que la précarité est souvent caractérisée par le cumul des facteurs (absence d'hébergement, de revenus, de protection maladie...).

Le concept d'exclusion⁶ s'entend comme la non-réalisation des droits sociaux de base garantis par la loi. Ces droits sont nombreux et présents dans différents domaines : emploi, logement, protection de la santé, justice, éducation, formation et culture, protection de la famille et de l'enfance⁷. Les personnes en situation d'exclusion sont isolées des ayants droit. Les EMPP interviennent donc auprès de personnes qui se trouvent en situation de grande précarité et d'exclusion, et qui présentent des troubles psychiques (suspectés ou avérés). En effet, ce cumul de conditions défavorables entraîne de facto une fragilité pour l'individu, notamment psychique et mentale. Ces personnes se trouvent généralement en situation de rupture et d'éloignement du droit commun, rendant ainsi difficile toute prise en charge « *classique* ».

Les EMPP ont notamment pour particularité de faire face à une absence de demande de soins manifeste. Il s'agit alors, en s'efforçant de rechercher et d'obtenir le consentement des personnes, de les ramener vers le droit commun et de favoriser si besoin la mise en place de parcours de soins adaptés.

³ Avis adopté par le Conseil économique et social français les 10 et 11 février 1987, sur la base du rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » présenté par Joseph Wresinski

⁴ CREDES -Bulletin d'information en économie de la santé, n°63- Janvier 2003, « Précarités, risque et santé - Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits » par Marc Collet, Georges Menahem, Valérie Paris, Hervé Picard

⁵ Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri FEANTSA – Echelle ETHOS, Typologie européenne de l'exclusion liée au logement - 2007

⁶ Définition de René Lenoir

⁷Article 1^{er}, loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Historiquement, les EMPP s'inscrivent dans le champ de la psychiatrie de l'adulte en s'adressant à un public majoritairement âgé de plus de 18 ans. Cependant, sous réserve que l'établissement

de santé dispose également d'une autorisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et que les compétences adéquates soient présentes au sein de l'équipe, une EMPP peut également prendre en charge des jeunes âgés de moins de 18 ans, dont les mineurs non accompagnés (MNA), toujours dans l'objectif de prévenir autant que possible les ruptures de parcours et de favoriser les prises en charge par le droit commun.

La file active des EMPP évolue au fil des années, de même que la typologie de la population concernée. Ainsi, de plus en plus de migrants sont concernés par l'intervention des équipes, nécessitant une prise en charge spécifique, faisant notamment appel à des compétences d'interprétariat professionnel en santé, à des compétences en clinique trans-culturelle ou encore en psychotraumatisme.

De même, les conduites addictives sont souvent surreprésentées parmi ces publics en situation de grande précarité et il convient de les prendre en charge (actions de réduction des risques ...).

B. Définition des acteurs de première ligne

Les acteurs de première ligne sont ceux qui connaissent la personne, ou ont vocation à la rencontrer dans le cadre de leur activité, et qui sont susceptibles de faire un signalement auprès de l'EMPP dans ce cadre.

Ces acteurs peuvent naturellement émaner du champ sanitaire, social, médico-social, mais également être issus plus largement des champs de l'aide et l'action sociale professionnelle ou bénévole, des champs du cadre de vie, de la sécurité et de la tranquillité publique dans un territoire.

Ils jouent un rôle essentiel auprès de ces personnes en situation de grande précarité et d'exclusion en menant par exemple des actions de prévention, en accompagnant de manière individuelle les personnes ou en organisant des actions collectives. Les acteurs de première ligne peuvent également aider au rétablissement des liens sociaux et familiaux, de restauration du lien social, de renforcement du sentiment d'appartenance, d'utilité et d'identité sociale.

Face à des problématiques et des pathologies spécifiques, parfois très complexes, ces acteurs expriment souvent une insuffisance de formation et nécessitent un étayage pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes et pour la mise en œuvre des premiers stades d'écoute et de soutien pré-thérapeutiques.

II- Missions

Les EMPP interviennent donc auprès des publics en situation de grande précarité et d'exclusion présentant des troubles psychiques, qu'ils soient suspectés ou avérés ainsi qu'auprès des acteurs de première ligne.

Elles s'intègrent pleinement dans le cadre général d'organisation de la psychiatrie et en particulier de la psychiatrie publique, qui place au cœur des missions des équipes de psychiatrie de secteur les principes de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et

de réinsertion sociale. Les soins psychiatriques des personnes en situation de précarité et d'exclusion relèvent donc pleinement des missions de « *droit commun* ». Les EMPP jouent un rôle de passerelles : elles s'inscrivent dans un parcours coordonné et global sur chaque territoire.

Le rôle des EMPP est d'évaluer la fragilité de l'individu et d'identifier ou non la présence d'un trouble ainsi que les besoins éventuels de prise en charge.

Les modalités d'élaboration des réponses aux besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion sont nécessairement adaptées à l'hétérogénéité des situations, des lieux d'intervention (rue, associations, institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales, quartiers, domicile).

Dans ce contexte, les EMPP ne se substituent pas aux obligations de prise en charge des équipes de secteur en faveur de ces publics. Elles constituent, en revanche, un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins « *de droit commun* » et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés, tout en veillant à respecter le principe de libre-choix de ces patients.

Les EMPP n'ont pas vocation à intervenir en cas de situations aiguës ou relevant des services d'urgence.

A- Missions socles des EMPP

Si le fonctionnement et la composition des équipes des EMPP varient selon les territoires, prenant en compte les réalités du terrain, certaines missions doivent obligatoirement être réalisées pour se prévaloir de cette appellation. Le caractère mobile des EMPP est par ailleurs indispensable, quelles que soient les actions concernées.

Les interventions des EMPP auprès des publics ont pour objectif l'identification des besoins non repérés ou actuellement non pris en charge dans les dispositifs de « *droit commun* », afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et la prise en charge de ces publics ; et ce, quel que soit le lieu où leurs besoins sont repérés. Les interventions des EMPP auprès des acteurs de première ligne ont pour objectif le soutien et la sensibilisation, afin de favoriser le repérage précoce des troubles psychiques et des besoins d'intervention, une orientation et un accompagnement adéquats vers le dispositif identifié si nécessaire.

Les EMPP doivent assurer les deux missions, auprès des publics en situation de précarité ainsi qu'auprès des acteurs de première ligne. Ces missions socles se déclinent en actions.

1.1- Actions mises en place auprès des publics précaires

- Entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins ;
- Accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « *droit commun* » ;
- Prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole d'ateliers thérapeutiques.

Les modalités de mise en œuvre de ces actions sont multiples :

- Permanences dans des lieux sociaux et médico-sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jour, LHSS de jour, LAM, LHSS...) voire participation à des interventions mobiles ou dans la rue (type maraude du SAMU social, ou d'autres équipes mobiles sociales ou médico-sociales) ;
- Accueil dans les locaux proposés par l'établissement de santé porteur de l'EMPP afin d'accompagner les personnes en situation de grande précarité et d'exclusion vers les dispositifs de droit commun.

Les EMPP peuvent également, en cas de besoin et selon le projet de service, intervenir au domicile des patients.

Des prises en charge à distance peuvent être mises en œuvre comme un moyen de faciliter l'accompagnement des publics. Cela recouvre plusieurs modalités : la télémedecine qui désigne toute pratique médicale effectuée à distance en mobilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication⁸ et le télésoin qui permet à un auxiliaire médical ou à un pharmacien d'accompagner un patient et de le suivre à distance. Les prises en charge à distance sont également possibles pour les professionnels ne rentrant pas dans le cadre de la télésanté tels que les psychologues, les assistants de travail social, ..

1.2- Actions mises en place auprès des acteurs de première ligne

- Soutien des équipes de première ligne (information, conseil,..) à partir de leur expérience de terrain ;
- Actions de sensibilisation sur les problématiques liées à la précarité. De manière non exhaustive : Prévention des conduites addictives et actions de réduction des risques et des dommages, Précarité et rupture de soins, médiation transculturelle... ;
- Echanges et analyses de pratiques ;
- Interventions conjointes ;

Les interventions auprès des acteurs de première ligne peuvent être réalisées également à distance.

B- Missions complémentaires

Les missions complémentaires peuvent être réalisées à la condition que les missions socles soient assurées (cf. précisions dans les Missions socles).

- Supervision des équipes de première ligne

Les EMPP peuvent proposer de superviser les équipes de première ligne à leur demande dans le cadre notamment d'interventions auprès des publics d'intervention de l'EMPP.

- Actions dédiées à des thématiques spécifiques

⁸ Cela recouvre 5 actes : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance et la régulation médicale réalisée par les SAMU-centre 15

Les EMPP peuvent également, selon l'implantation d'autres dispositifs sur le territoire (comme des Conseils locaux de santé mentale – CLSM) et le projet territorial de santé mentale (PTSM), mettre en place, le cas échéant, en collaboration avec les acteurs impliqués, des actions dédiées à des thématiques spécifiques telles que la parentalité, la santé mentale des enfants et adolescents (sous réserve que l'établissement détienne une autorisation pour la mention enfants et adolescents⁹), les conduites addictives ... La mise en place de ces actions dédiées complémentaires est possible à la double condition suivante :

- L'EMPP assure bien l'ensemble de ses missions socles sur le territoire ;
- Cette mise en place est décidée en partenariat avec l'ARS afin d'identifier les besoins du territoire concernant ce public spécifique.

Les EMPP peuvent également proposer des formations de professionnels des champs sanitaires, médico-social et social.

- Orientation des publics cibles vers le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) « *Un chez-soi d'abord* »

Sur les territoires où le dispositif ACT « *Un chez-soi d'abord* » est implanté, l'EMPP pourra être l'une des équipes d'orientation vers le dispositif comme indiqué à l'Article 1 du décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique «*Un chez-soi d'abord*». L'EMPP pourra assurer dans ce cadre le repérage des personnes concernées, pourra les informer sur le dispositif et être proactive pour faciliter leur orientation ; elle pourra assurer le diagnostic de la pathologie si cela n'a pas été fait préalablement pour les personnes orientées vers le dispositif et être présent à la commission d'orientation.

III- Organisation et fonctionnement

Les EMPP doivent avoir leur propre unité fonctionnelle (UF) et projet de service. Il est en effet indispensable d'identifier clairement l'EMPP au sein de l'établissement de santé dans toutes ses dimensions, afin notamment de favoriser la mise en place d'une passerelle vers le droit commun pour les patients en situation de précarité.

Le projet d'EMPP est le fruit d'une réflexion de l'ensemble de la communauté médicale et hospitalière dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement en partenariat avec les autres structures. Il fait l'objet d'une appropriation par l'ensemble des équipes du secteur au sein des établissements de psychiatrie.

⁹Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie

Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie

Les EMPP doivent par ailleurs effectuer une remontée de données annuelle en remplissant le rapport d'activité via Piramig.

A- Une équipe pluridisciplinaire

Compte tenu de leur double expertise psychiatrie et précarité/exclusion, ces équipes doivent disposer de compétences diversifiées. L'équipe socle se compose *a minima* d'un 0,2 équivalent temps plein (ETP) médical de psychiatre, d'1,5 ETP infirmier, d'1 ETP de psychologue et d'un 0,2 ETP de secrétariat. Autant que possible, les personnels doivent être expérimentés dans les pratiques de liaison auprès du secteur social et devront, *a minima*, être formés et connaître les modes d'intervention dans ce secteur. Pour assurer une bonne prise en charge des populations migrantes, les EMPP (concernées) doivent être composées autant que possible de professionnels formés aux questions transculturelles, de médiateurs en santé, de pair-aidants et d'interprètes, ou avoir accès via l'établissement de rattachement à ces services.

Un coordonnateur est désigné au sein de l'équipe, autant que possible le psychiatre, pour garantir la cohérence du projet de l'équipe au sein du projet médical de l'établissement de rattachement, organiser le relais médical vers le dispositif de droit commun et structurer les liens avec les autres services de l'établissement de santé, et assurer les relais utiles vers le dispositif ambulatoire, extra-hospitalier ou d'hospitalisation à temps complet.

Certaines équipes existantes ont, en outre, privilégié un mode d'organisation permettant la double appartenance des soignants à l'équipe spécialisée et à une équipe « *de droit commun* », sur la base de temps de travail partagés. Cette organisation permet, d'une part, de faciliter une continuité d'action entre ces deux niveaux d'intervention et, d'autre part, de prévenir des formes d'épuisement professionnel liées aux spécificités du public visé et aux modes d'exercice au sein de l'équipe mobile.

Les actions des EMPP doivent autant que possible ne pas dépendre de compétences individuelles, afin d'assurer une continuité et éviter toute rupture de contact et de partenariat suite à un changement d'interlocuteurs.

A noter que la mesure 9 issue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021 vise à faciliter la prise en charge psychologique des personnes en situation de précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil selon les modalités prévues dans l'instruction INTERMINISTERIELLE N° DIPLP/DGOS/DIHAL/2022/96 du 1er avril 2022. En effet, pour renforcer l'accompagnement en santé mentale des publics en situation de grande précarité, cette mesure vise à permettre le recrutement de façon pérenne de professionnels, en priorité des psychologues (possibilité également de recruter par exemple des IPA), qui pourront apporter un soutien psychologique aux personnes accueillies dans les structures d'hébergement et d'accueil. Compte tenu de la diversité des territoires, plusieurs modalités de rattachement de ces professionnels sont prévues notamment aux EMPP, PASS ou aux structures d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (AHI). Cette modalité d'organisation et de rattachement est intéressante tant du côté des psychologues recrutés (intégration au sein d'une équipe pluridisciplinaire et pratique non isolée) que pour les EMPP (renforcement de compétences, nouveaux partenariats / structures AHI le cas échéant).

B- Une implantation forte dans le territoire

Les EMPP s'inscrivent dans les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et en lien avec les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) présents sur leur territoire. Elles sont également intégrées aux Programmes régionaux de santé (PRS) en lien avec les Agences régionales de santé (ARS).

Les EMPP s'articulent avec les dispositifs d'aller-vers déjà existants au niveau local. Cet écosystème forme un partenariat dense et formalisé composé d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire. Les partenariats entre ces acteurs sont formalisés autant que possible par une convention précisant, les modalités d'intervention et de recours à l'équipe ainsi que les actions développées. Ces partenariats reposent sur des principes de réciprocité et de complémentarité entre les partenaires.

Les EMPP travaillent en lien étroit avec les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières, notamment celles en milieu psychiatrique du territoire, avec lesquelles des collaborations et des mutualisations (par exemple du temps de professionnel social) peuvent être mises en place.

Une réunion annuelle est organisée avec les partenaires. Cette réunion permet notamment de présenter le rapport d'activité au niveau régional, d'aborder les difficultés rencontrées par l'équipe et par les partenaires ainsi que les leviers d'amélioration possible des actions de chacun sur le territoire.

Les EMPP devront s'articuler - éventuellement sous forme de conventions formalisées - avec le Service intégré d'accueil et d'orientation¹⁰ (SIAO) dont la mission dans le cadre de la politique du logement d'abord est d'aller au-delà de la régulation des demandes d'hébergement et du pourvoi des places pour assurer le suivi des parcours vers le logement des personnes sans domicile. Le SIAO suite à l'instruction¹¹ du 31 mars 2022 devient un « service public de la rue au logement » proposant un pôle d'expertise et de ressources pour les acteurs de première ligne et contribue par ses missions à l'observation sociale sur son territoire.

C- Coordination régionale

Sous l'égide de certaines ARS, des coordinations régionales des EMPP ont parfois été mises en œuvre, en lien ou non avec la coordination régionale des PASS. Cette coordination est nécessaire, pour apporter un soutien aux équipes et doit être généralisée à l'ensemble des régions.

Les missions principales des coordonnateurs régionaux des EMPP sont d'orchestrer, d'harmoniser et de fédérer l'ensemble des EMPP d'une même région. Il peut s'agir d'un accompagnement à l'harmonisation des pratiques au niveau régional, d'une mise en lien entre les EMPP, du remplissage du rapport d'activité annuel, d'appui au développement de partenariats, de la mise à disposition d'outils ou d'aide à la définition de procédures, d'organiser des rencontres régionales et des échanges de bonnes pratiques...

¹⁰ Article L 342-4-2 Code de l'action sociale et des familles

¹¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45305>

Le coordonnateur régional facilite de manière générale les liens avec l'ARS et intervient sur des problématiques regroupant plusieurs EMPP. Il va autant que possible à la rencontre des équipes, sur site.

Une journée régionale est organisée une fois par an a minima, sous le pilotage du coordonnateur régional, au sein de chaque région pour réunir les différentes équipes, échanger sur les différentes pratiques et valoriser certaines actions par exemple.

Les coordonnateurs ont une vision globale du territoire, de l'offre du territoire en psychiatrie et établissent des liens étroits avec les ARS. Ils sont également en lien régulier avec les coordonnateurs des PASS, et autant que de besoin avec les coordonnateurs des PTSM.

Les coordonnateurs se réunissent à échéance régulière, sous l'égide de la DGOS.

IV- Financement

Les EMPP sont intégrées au nouveau modèle de financement de la psychiatrie¹². Elles sont définies comme des activités spécifiques régionales, qui sont financées au sein du compartiment dotation populationnelle, permettant ainsi aux ARS de flécher l'allocation des crédits qui leur est faite.

La recherche de co-financement est encouragée afin de renforcer le fonctionnement des équipes mobiles.

Historiquement, un forfait minimum à attribuer par EMPP avait été fixé à 130 000€. Au regard de l'augmentation croissante de la file active (qui par ailleurs est sous-évaluée de par la non-comptabilisation d'une partie des patients dans la file active¹³) et la multiplication des problématiques rencontrées par les équipes sur le terrain, ce forfait minimum est actuellement évalué à 194 000€ (cf équipe minimale).

Des frais de structures peuvent être imputés sur les charges des EMPP. Cependant, eu égard à leur taille souvent modeste, à leur activité, le pourcentage à appliquer doit être raisonnable et tenir compte de ces modalités d'organisation et d'intervention (autour de 15-17%).

V- Indicateurs et suivi

Il est obligatoire pour les équipes de remplir annuellement le rapport d'activité via l'outil Piramig. Ce dernier est un outil essentiel dans la valorisation de l'activité de l'EMPP.

¹² INSTRUCTION N° DGOS/R4/2023/21 du 27 février 2023 relative aux compartiments régionaux du modèle de financement de la psychiatrie

¹³ Rapport Piramig 2022 sur les données 2021 : moyenne de 216 patients pris en charge par EMPP déclarés dans la file active. Les équipes déclarent suivre en moyenne 44 patients supplémentaires au cours de l'année qui ne sont pas comptabilisés dans la file active.

VI – Outils ressources pour les équipes

- Echelle ETHOS¹⁴ ;
- Recommandation 2023 de la HAS « Grande précarité et troubles psychiques » ;
- Outil d'aide à l'hospitalisation développé en région Ile-de-France ;
- Permanence téléphonique assurée par Orspere-Samdarra¹⁵ ;
- Les dispositifs portés par la stratégie nationale de prévention du suicide¹⁶ en particulier :
 - Le numéro national de prévention du suicide, le 3114 que les EMPP peuvent contacter pour obtenir des conseils spécialisés, ou partager avec leurs publics (personnes précaires et acteurs de première ligne) en tant que ressource disponible gratuitement H24 et 7J/7 sur l'ensemble du territoire ;
 - Les formations en prévention du suicide (sentinelles, évaluateurs, intervenants de crise) dont les EMPP peuvent bénéficier ;
 - Le dispositif de veille des personnes ayant fait une tentative de suicide (VigilanS) : les EMPP peuvent identifier des publics ayant fait une tentative de suicide mais non inclus dans le dispositif et procéder à de nouvelles entrées dans VigilanS ;
- Page internet du Ministère
- Notes ARS locales au sujet de la sectorisation

¹⁴ « Typologie européenne de l'exclusion liée au logement », 2007, Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri

¹⁵ Voir détails : [Permanence téléphonique Santé mentale, migrations, précarité - Orspere-Samdarra](#)

¹⁶ Voir détails : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-politique-de-prevention-du-suicide>