

ces résultats alimentent nos connaissances sur les liens existant entre un individu et son habitat et de l'incidence de ce dernier dans le vécu traumatique lié à une inondation. Cette étude soulève la perspective de recherches spécifiques portant sur l'articulation entre le style d'attachement des individus et celui concernant leur habitat. Ces éléments pourraient être explorés également à travers d'autres événements traumatiques touchant l'habitat ; susceptibles d'améliorer, d'une part, notre compréhension du trauma dans des situations spécifiques, et d'autre part de mettre en évidence des données complémentaires concernant l'attachement à l'habitat.

Pour en savoir plus

Cherifi Z. Du traumatisme au lien psychique. *Prat Psychol* 2008;14(4):471–480. doi:10.1016/j.prps.2008.02.001.

Guillaumont C, Ligier K, Zielinski O, Trugeon A, Duval A, Cauwet, F et al. Enquête santé chez les inondés de la Somme au printemps 2001. Deux ans après, 2003.

Oswald F, Wahl HW. Dimensions of the meaning of home. In: *Home and Identity in late life: international perspectives*. New York: Springer, 2005, p. 21–45.

Serfaty-Garzon P. Le Chez-soi : habitat et intimité. In: *Dictionnaire critique de l'habitat et du logement*. Armand Colin: Paris, 2003, p. 65–69.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.221>

P86

Une expérience d'équipe mobile en psychiatrie générale

C. Alezrah, M. Fraigneau, Y. Verger, C. Palix, C. Girod

Centre hospitalier Léon-Jean-Grégory, 66300 Thuir, France

Mots clés : Équipe mobile ; Psychiatrie générale ; CMP ; Sectorisation ; Évaluation psychiatrique ; Communauté
L'Équipe Mobile d'Argelès Psychiatrique (EMAP) a vu le jour le 1^{er} septembre 2011. Elle a été financée dans un cadre expérimental, par l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon. Le projet s'inscrivait dans les travaux du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) d'Argelès-sur-Mer (66700). Il faisait suite à plusieurs constats. Pour de multiples raisons, et notamment du fait de l'augmentation considérable des soins ambulatoires, le nombre des visites à domicile a régulièrement diminué ces dernières années et s'est progressivement recentré sur le suivi de patients connus. D'autre part, il existe un nombre d'hospitalisation d'office historiquement bien plus élevé dans les Pyrénées Orientales que la moyenne nationale (88 hospitalisations d'office pour 100 000 habitants âgés de 20 ans et plus dans les PO contre 25 pour 100 000 habitants au niveau national en 2007. Ce nombre était de 83 pour notre secteur géographique). Les représentants des usagers et des familles étaient très en demande d'interventions rapides dans la communauté. Cette attente faisait écho à celle d'un grand nombre des partenaires du réseau sanitaire (médecins généralistes) mais également social ou médicosocial pour évaluer certaines situations orientées par défaut vers le service des urgences psychiatriques au centre hospitalier de Perpignan. Malgré les efforts de communication et d'information entrepris de longue date, il était noté, dans la pratique quotidienne, l'insuffisance des liens avec les services municipaux, la police, la gendarmerie, les pompiers et parfois les services sociaux pour prévenir les situations de crise. Enfin, l'existence d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité rattachée au service depuis une quinzaine d'années permettait de s'appuyer sur une expérience déjà solide. Par opposition à notre EMPP qui est intersectorielle, l'EMAP s'est inscrite d'emblée dans une dimension sectorielle, rattachée à part entière à un CMP desservant un territoire de 40 000 habitants. Il s'agit d'une équipe rapidement mobilisable, à la demande des patients, des familles ou des différents partenaires du champ médical, social et judiciaire pour anticiper et évaluer les situations de crise de nature psychia-

trique. Au-delà de l'évaluation, elle organise, si besoin, les soins de la manière la plus adaptée. Cette équipe spécialisée, pluridisciplinaire, va :

- développer les relations de réseau entre des acteurs pouvant recevoir les mêmes publics mais se connaissant peu ;
- intervenir sur signalement pour évaluer les situations de crise susceptibles de relever de réponses psychiatriques ou, ce qui est préférable, pouvant les anticiper.

L'expérience des deux premières années de fonctionnement permet de retenir un bilan intéressant, notamment la diminution très sensible des hospitalisations en SDRE sur l'aire géographique desservie et une complémentarité naturelle avec l'activité de CMP classique. Ce bilan sera détaillé dans cette publication.

Pour en savoir plus

Alezrah C. De l'accès aux soins à la prise en charge en psychiatrie : quelle continuité ? Quelle durée ? *Cah Henri Ey* 2013;31–32;167–76.

Alezrah C. Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty. *Info Psychiatr* 2009;85:6.

Stylianidis S, Pantélidou S, Chondros P. Unités mobiles de santé mentale dans les cyclades. *Info Psychiatr* 2007;83:8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.222>

P87

Pratique et indication des outils de soins en réhabilitation psychosociale

C. Launay, B. Garnier

Unité de soins psychosociaux du secteur 17, centre référent en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale (C3RP), centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

Mots clés : Réhabilitation psychosociale ; Handicap psychique ; Remédiation cognitive

Le handicap psychique, à l'origine des difficultés d'insertion ou d'autonomie des patients atteints de trouble schizophréniques recouvre, en se surajoutant aux symptômes classiques de la maladie, plusieurs dimensions comme les troubles cognitifs (troubles de l'attention, de la mémoire et de flexibilité mentale), les troubles de la communication, les troubles de la cognition sociale, le défaut d'insight, . . . L'engagement des soins dans le cadre de la réhabilitation psychosociale implique la mise en place d'un dispositif de soins qui fait appel aux nouvelles techniques développées ces dernières années répondant de façon spécifique aux différentes dimensions du handicap psychique. Ainsi, nous disposons en France maintenant de plusieurs programmes dont plusieurs ont été validés comme :

- pour les troubles cognitifs : les programmes RECOS et CRT ;
- pour les troubles de la communication : le programme IPT ;
- pour les troubles de la cognition sociale : le programme ToM Remed, Mickaël's game, entraînement métacognitif ;
- pour le défaut d'insight : les modules de Libermann ;
- pour les famille ou les proches : le programme Profamille.

Le déroulement de la prise en charge du patient nécessite une première étape d'évaluation approfondie de ses besoins, de ses ressources, de ses capacités (cognitives et autres), de son état clinique, de son autonomie au quotidien. Les soins mis en place seront choisis en fonction de cette évaluation et du projet personnel du patient (comme l'insertion dans un logement indépendant, la reprise d'étude ou d'un travail, . . .). Régulièrement, en fonction de l'évolution de la personne, le dispositif de soins sera réaménagé. Nous développerons l'intérêt lié à la mise en pratique de ces dispositifs dans le cadre spécifique d'une hospitalisation de jour et avec un objectif privilégié de l'intégration en ESAT.

Pour en savoir plus

Franck N, Amado I, Kazes M et al. Thérapie de remédiation cognitive : traduction et adaptation du manuel CRT « Cognitive