

ÉQUIPES MOBILES EN PSYCHIATRIE :

9 MODÈLES,
TROUVEZ LE VÔTRE



SOMMAIRE

Renforcement de l'offre ambulatoire	5
La réforme du financement de la psychiatrie	6
Dimensionner l'équipe mobile au territoire et à sa population	7
9 modèles d'équipes mobiles : agir au plus près des besoins	8



Les contenus sont relus et validés par nos équipes avant diffusion, y compris lorsque leur élaboration a bénéficié de l'assistance d'outils d'intelligence artificielle. La réutilisation des productions de l'Anap est autorisée, sous réserve que les informations qu'elles contiennent ne soient pas altérées, que leur sens ne soit pas dénaturé et que leurs sources et date de dernière mise à jour soient mentionnées. Toute réutilisation à des fins commerciales doit faire l'objet d'un échange préalable avec l'Anap.

RENFORCEMENT DE L'OFFRE AMBULATOIRE

Les équipes mobiles en psychiatrie s'inscrivent dans une dynamique de transformation de l'offre et sont un outil clé du virage ambulatoire et de l'amélioration de l'accès aux soins dans une démarche d'aller-vers. Leurs missions ne se substituent pas au travail des centres médico-psychologiques (CMP), qui réalisent également des interventions à domicile, mais complètent l'offre ambulatoire. Le rattachement d'une équipe mobile au sein d'un CMP peut également être une opportunité de consolidation du parcours patient avec aux regards croisés des professionnels et à l'implantation des structures dans la cité. Avec une approche proactive et partenariale, les équipes mobiles permettent d'intervenir rapidement et précocement dans les situations complexes, pour fluidifier les parcours, améliorer les prises en charge et éviter les réhospitalisations.

La mise en place d'une équipe mobile en psychiatrie présente plusieurs avantages.

① Favoriser l'accès aux soins et lutter contre la stigmatisation

En intervenant au domicile ou dans l'environnement de vie du patient, l'équipe mobile déstigmatise la prise en charge psychiatrique. Cette démarche proactive permet d'atteindre des publics qui ne consultent pas spontanément (isolement, déni, troubles sévères) et de renforcer l'alliance thérapeutique.

② Éviter l'hospitalisation

Grâce à une évaluation rapide de la situation et la mise en place d'un suivi intensif temporaire, l'équipe mobile permet d'éviter le recours aux urgences ou à l'hospitalisation, souvent vécu comme traumatisant.

③ Fluidifier les parcours de soins

L'équipe mobile sécurise et fluidifie les modes de prises en charge (hospitalisation, ambulatoire, secteur médico-social). Elle limite les ruptures de suivi, particulièrement fréquentes en psychiatrie.

④ Soutenir les acteurs du territoire

L'équipe mobile apporte une expertise, régulière ou ponctuelle, aux professionnels de premier recours (médecins généralistes) ainsi qu'aux structures sociales et médico-sociales. Par la diffusion d'une culture psychiatrique et un accompagnement à la gestion des situations complexes, elle favorise la coordination et la montée en compétences des acteurs du territoire.

⑤ Réaliser une prise en charge globale

L'équipe mobile adopte une approche pluridisciplinaire, transversale et flexible. Cela englobe le soin psychique et somatique, le logement, l'insertion sociale, etc., toujours à l'interface de la psychiatrie, de la médecine de ville, du médico-social et des services d'urgences.

Remerciements

L'Anap remercie Monsieur Gaël Leloup (Directeur adjoint - Contrôle de gestion, finances, admissions au CH Drôme Vivarais), la clinique Aufréry à Pin-Balma, le CHU de Toulouse, le CH Gérard Marchant à Toulouse, le CHU de Saint-Étienne, le CH des Escartons à Briançon, le CH Isarien à Clermont de l'Oise, le CH La Chartreuse à Dijon, le CH Victor Jousset à Dreux, l'Établissement Public de Santé Alsace Nord à Strasbourg, l'Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion et le CH de Calais pour leur implication dans l'élaboration de cette publication.

LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE

La réforme prévoit un compartiment dotation à la file active (DFA) qui représente environ 15 % du financement par l'Assurance maladie des établissements ex-DAF (publics et ESPIC). Il est prévu une survalorisation de 20 % des actes réalisés principalement au domicile ou substitut du domicile du patient. La notice technique de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) du 11 mai 2023 précise :

« Majoration hors lieux de soins (HLS) : elle s'applique à tous les patients avec au moins un acte effectué hors lieux de soins de l'établissement (PMI, lieu scolaire, lieu médico-social avec ou sans hébergement, domicile hors téléconsultation). Elle s'additionne à la pondération forfaitaire de base et elle est proportionnelle à la part d'actes HLS du patient. »

Code lieu	Libellé lieu ouvrant à une majoration hors lieux de soins
L03	Établissement social ou médico-social sans hébergement
L04	Établissement scolaire ou centre de formation
L05	Protection maternelle et infantile
L06	Établissement pénitentiaire
L07	Domicile du patient (hors HAD psychiatrie) ou substitut du domicile
L08	Établissement social ou médico-social avec hébergement

DIMENSIONNER L'ÉQUIPE MOBILE AU TERRITOIRE ET À SA POPULATION

Chaque équipe doit être adaptée en fonction des besoins en santé de la population, du territoire et des moyens de l'établissement support. Il est donc important de considérer :

- l'adaptation de la file active en fonction de la zone démographique et géographique (urbaine ou rurale);
- l'affectation de ressources matérielles (informatiques, téléphonies, véhicules, etc.);
- le rattachement de l'équipe à un encadrement et aux services supports déjà existants.

Toutefois, la réussite du déploiement d'une équipe mobile repose sur un périmètre d'intervention géographique, une gouvernance claire avec le secteur de la psychiatrie, des **indicateurs de suivi** identifiés et mesurés dès le lancement de l'activité ainsi qu'une articulation avec la médecine de ville. Sans cela, l'équipe mobile peut perdre en lisibilité quant à ses missions premières et être embolisée par un nombre élevé de situations complexes et une difficulté à clôturer les prises en charge.

ÉLÉMENTS D'ADAPTATION À PRENDRE EN COMPTE	EXEMPLE DE COMPOSITION D'UNE ÉQUIPE MOBILE DE 6 À 8 ETP
<ul style="list-style-type: none"> • Précarité du territoire • Accessibilité du territoire et zone géographique (urbaine/rurale) • Densité médicale • Taux d'hospitalisation psychiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,5 à 1 ETP psychiatre • 3 à 5 ETP infirmier diplômé d'État (IDE) • 1 ETP psychologue • 0,5 à 1 ETP travailleur social • 0,5 ETP secrétaire / coordination
CAPACITÉ OPÉRATIONNELLE	INTENSITÉ D'INTERVENTION
<ul style="list-style-type: none"> • File active : 80 à 120 patients • Nouvelles situations par an : 250 à 400 • Durée moyenne d'accompagnement : de 4 à 8 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation rapide (24 à 72 heures) • 2 à 4 contacts par semaine et par patient (phase aiguë) • Interventions majoritairement à domicile ou en structures partenaires

(Moyenne des équipes mobiles issues des dossiers FIOP) pour une équipe mobile en psychiatrie pour une population comprise entre 80 000 à 120 000 habitants.

9 MODÈLES D'ÉQUIPES MOBILES : AGIR AU PLUS PRÈS DES BESOINS

Les modèles d'équipes mobiles présentés doivent être mis en perspective avec les mentions d'autorisations et les secteurs couverts par les établissements. Issus de **projets FIOP** déployés entre 2019 et 2022 ou de transformations de l'offre de soins à iso-ressources, ils ne constituent pas une solution unique à mettre en place mais sont des exemples de réponses organisationnelles.

Les neuf modèles d'équipes mobiles ici présentés sont complémentaires et soutiennent des dispositifs préexistants dans les établissements. Ils s'articulent autour des domaines de la prévention, de la phase aiguë et de la coordination :

- Équipe mobile d'intervention précoce
- Équipe mobile de prévention de la crise
- Équipe mobile de suivi renforcé
- Équipe mobile de transition ado-adulte
- Équipe mobile de soins somatiques
- Équipe mobile de soutien aux structures médico-sociales
- Équipe mobile de suivi santé-justice
- Équipe mobile de coordination interministérielle
- Équipe mobile de réhabilitation

Exemples d'indicateurs de suivi			
Accès et réactivité	Parcours de soins	Qualité/pertinence	Activité
<ul style="list-style-type: none"> • Délai moyen d'interventions • Nombre de patients « non connus » du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'hospitalisations évitées • Taux de réhospitalisation à 30/90 jours • Durée moyenne de séjour (impact indirect) 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de maintien dans le logement • Taux d'adhésion au suivi post-intervention • Satisfaction des partenaires (ville/ médico-social) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'interventions à domicile • File active • Durée moyenne d'accompagnement

ÉQUIPE MOBILE D'INTERVENTION PRÉCOCE

Objectif : détecter les signes précoces de troubles psychiques chez les jeunes de 12 à 25 ans. Les interventions visent à éviter les hospitalisations longues, à maintenir le lien social et favoriser l'inclusion.

Mode d'intervention : L'équipe pluridisciplinaire intervient à domicile ou dans les lieux de vie du jeune. Elle agit rapidement, souvent dans un délai de 72 heures après signalement, pour évaluer, accompagner et coordonner les soins sur une durée de trois à six mois.

→ Ils l'ont fait

En Occitanie, une collaboration public/privé, inspirée des recommandations internationales d'Orygen© pour l'intervention précoce dans la psychose, propose une plateforme d'accès unique et coordonnée entre deux dispositifs de soins : PEPSY-31 (CHU de Toulouse et CH Gérard Marchant) et RePEPS (Clinique Aufréry).

Cette équipe, basée sur un **case management transdisciplinaire**, centrée sur le rétablissement et l'aller-vers, réalise des évaluations psychiatriques spécialisées régulières avec intensité modulée selon l'état clinique du patient (trois fois par semaine, si nécessaire).

Avec une file active de 50 patients en 2024, l'équipe offre une réponse rapide avec une première rencontre en moins de sept jours et un accompagnement maximal de trois ans. Le parcours patient débute par un adressage médical par mail pour les patients âgés de 16 à 30 ans présentant des symptômes psychotiques francs. La prise en charge repose sur plusieurs piliers : l'implication active de l'entourage du patient à chaque étape (75 % des aidants rencontrés en 2024), un plan de soins individualisés révisé tous les six mois, l'utilisation d'outils standardisés (CAARMS, PANSS, critères de rémission

d'Andreassen, SOFAS, ELADEB...) ainsi que des programmes de psychoéducation (iCare YouCare). Une des clés de réussite repose sur un **accompagnement coordonné avec les acteurs de soins du territoire** et le milieu de vie du jeune patient (social, scolaire, professionnel, sportif et sanitaire) dans l'objectif d'une rémission complète durable et un rétablissement social et fonctionnel. La mobilité et la proactivité de l'équipe sont également des facteurs essentiels.

Ainsi, en 2024, 70 % des interventions ont été réalisées hors des locaux de l'équipe.

• L'équipe :

- 1 ETP psychiatre
- 3 ETP infirmier
- 0,2 ETP assistante médico-administrative

• L'équipement :

- 3 véhicules, 3 téléphones portables et 3 ordinateurs portables.

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://clinique-aufrery.com/telechargements/Article-siteweb2.pdf>

https://www.ch-marchant.fr/web/Gerard_Marchant/308-plateforme-pepsy.php

ÉQUIPE MOBILE DE PRÉVENTION DE LA CRISE

Objectif : intervenir rapidement auprès de personnes en situation de crise psychique pour éviter l'hospitalisation. Ce dispositif vise à désamorcer les crises, préserver les parcours de soins, limiter les ruptures sociales et les hospitalisations complètes.

Mode d'intervention : L'équipe mobile est composée de professionnels pluri-disciplinaires et se déplace à domicile ou dans les lieux de vie. Elle agit sur un territoire défini, souvent en lien avec un CMP et peut être mobilisée sous 24 à 72 heures. L'accompagnement est intensif mais de courte durée, avec un objectif de stabilisation rapide.

→ Ils l'ont fait

Au CHU de Saint-Étienne, l'équipe mobile RUBI (Rétablissement des Usagers à Besoin Immédiat) intervient dans les prises en charge de crises pour les patients majeurs et consentants résidant à Saint-Étienne. L'équipe, formée à la gestion de crise, au rétablissement et aux thérapies brèves (relaxation, TCC, TCD...), intervient par sollicitation directe de l'utilisateur, la famille, l'entourage ou un partenaire **via un numéro de téléphone unique** (8-20h, 7j/7) ou par mail. L'évaluation de la crise est réalisée par téléphone par deux membres de l'équipe dans les 24 heures. En fonction des éléments recueillis (risque suicidaire, histoire de la crise, ressources, entourage...), une première rencontre peut être programmée avec une réévaluation sur le terrain entre J3 et J7 selon la situation. S'ensuit une prise en charge d'une durée de 12 semaines maximum. Elle repose sur une **mise en place rapide d'un accompagnement intensif** par des interventions à domicile, des entretiens psychothérapeutiques, des prescriptions et des suivis médicamenteux par le psychiatre si nécessaire. Ce dispositif est complété par des échanges téléphoniques, des SMS ou des mails, à un rythme hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire.

Enfin, la fin de suivi se poursuit par une orientation et une mise en lien auprès des partenaires adaptés.

En 2024, l'équipe mobile RUBI a suivi 572 patients dont 447 non connus du CHU pour un total de 2761 actes.

• L'équipe :

- 0,8 ETP psychiatre
- 8 ETP infirmier
- 0,5 ETP cadre de santé
- 0,5 ETP assistante sociale
- 0,4 ETP ergothérapeute
- 0,3 ETP psychologue
- 0,5 ETP pair-aidant
- 0,5 ETP assistante médico-administrative

• L'équipement :

- 1 téléphone et 1 ordinateur portable par professionnel
- 1 ECG portable
- Véhicules ou transports en commun

POUR ALLER PLUS LOIN

https://www.chu-st-etienne.fr/Offre_de_Soins/Psychiatrie/FlyerCrise.pdf

ÉQUIPE MOBILE DE SUIVI RENFORCÉ

Objectif : accompagner des patients souffrant de troubles psychiques sévères, souvent en rupture de soins ou sortant d'hospitalisation. Ce dispositif vise à éviter les rechutes, favoriser le maintien à domicile et soutenir le rétablissement.

Mode d'intervention : L'équipe mobile de suivi renforcé propose un suivi intensif et personnalisé à domicile, conduit par une équipe pluridisciplinaire. L'intervention se fait plusieurs fois par semaine, sur une durée longue, avec des objectifs de stabilisation, d'adhésion aux soins et d'autonomie. L'équipe travaille en lien étroit avec le secteur psychiatrique, le social et le médico-social.

→ Ils l'ont fait

À Briançon, le centre hospitalier des Escartons a mis en place une équipe mobile de prévention et gestion des situations de crise et d'urgence et **limitation des soins sans consentement**. Pour l'établissement qui dispose de 12 lits d'hospitalisation complète, la mise en place de cette équipe mobile répond à un besoin évident de **maîtrise des hospitalisations** qui s'inscrit dans une démarche d'aller-vers et de prise en charge hors les murs. L'objectif de cette équipe est d'éviter les hospitalisations en allant vers les personnes en tension à leur domicile. La mise en relation du patient avec cette équipe peut être réalisée par tout professionnel qui participe à sa prise en soins (médecin traitant, CMP, assistante sociale...) mais également par le patient lui-même ou sa famille. C'est la rencontre avec le patient et son accompagnement se fait par un binôme (psychiatrie, psychologue, infirmier, travailleur social...) en fonction du besoin et du motif de la décompensation.

En cas de nécessité d'hospitalisation, le second objectif est d'éviter le plus possible le recours au soin sans consentement. Une fois la situation apaisée, la prise en charge peut se poursuivre soit en individuel ou en collectif au sein d'un CMP, d'un HDJ ou d'un CATTG avec un relai au médecin traitant. Depuis sa mise

en place, cette équipe est devenue « la colonne vertébrale » du pôle car elle permet l'articulation des soins et un travail en confiance qui s'est installé peu à peu avec les patients. En 2024, on dénombre plus de 280 situations suivies mais surtout une **diminution de 50% des lits d'hospitalisation** complète et également une diminution de 67 % des soins sans consentement.

- L'équipe :
 - 1 ETP psychiatre
 - 0,5 ETP psychologue
 - 1 ETP infirmier
 - 1 ETP éducateur
 - 1 ETP conseiller en économie sociale et familiale
 - 1 ETP pair-aidant
 - 0,5 ETP assistante médico-administrative
- L'équipement :
 - Véhicules et ordinateurs portables

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://www.ch-briancon.fr/fr/specialite/psychiatre>

ÉQUIPE MOBILE DE TRANSITION ADO-ADULTE

Objectif : accompagner les jeunes de 16 à 25 ans pour sécuriser leur passage entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Ce dispositif répond à un enjeu majeur de continuité et d'autonomisation en santé mentale.

Mode d'intervention : Composée de professionnels pluridisciplinaires, l'équipe mobile de transitions ado-adulte intervient à domicile ou dans les lieux de soins pour éviter les ruptures de parcours. L'accompagnement est individualisé, coordonné entre les deux secteurs et vise à maintenir le lien avec le jeune et ses proches. L'équipe agit pendant plusieurs mois autour du moment de transition, en articulation avec les acteurs éducatifs et sociaux.

→ Ils l'ont fait

À Clermont-de-l'Oise, le centre hospitalier Isarien a mis en place en 2021 le parcours de soins JENESIS qui s'adresse à tous les jeunes du département de l'Oise âgés de 17 à 25 ans ayant présenté, au cours des cinq dernières années, les premières manifestations de troubles psychiques. L'accès est facilité avec une **prise en charge téléphonique ou par mail** sans nécessité de courrier médical, avec un case manager dans les 48 heures. La durée de prise en soin est contractualisée pour trois ans. Le parcours de soins repose sur une évaluation pluriprofessionnelle (clinique, neuropsychologique, fonctionnelle) en privilégiant l'évaluation dans le milieu. **La prise en charge est graduée**, personnalisée et orientée rétablissement. L'équipe mobile agit de façon proactive et intensive au sein du milieu et propose des actions innovantes et des outils spécifiques tels que l'escape game « Les pièges de JENESIS-JANUS », des ateliers jeux vidéo ou encore des programmes d'éducation thérapeutiques « Cultiver ses forces et vivre pleinement » ou de remédiation cognitive. Les objectifs sont pluriels avec une sensibilisation immersive et ludique aux premiers signes de souffrance psychique,

favorisant ainsi l'engagement dans les soins ou des modules courts et personnalisés pour répondre aux besoins immédiats des jeunes, puis modules d'approfondissement (émotions, alimentation, sommeil, vie affective, habiletés sociales, droits, etc.). Enfin, une **plateforme numérique sécurisée** e-JENESIS est disponible avec des espaces jeunes, aidants et professionnels. Depuis la création de JENESIS en 2021, 39 concrétisations de projets de vie (reprise d'études, formations, suivis) et une seule hospitalisation sous contrainte ont été réalisés. En 2025, la file active compte 121 patients et 7 aidants.

- L'équipe :
 - 1 ETP psychiatre
 - 3 ETP infirmier
 - 0,2 ETP assistante médico-administrative
- L'équipement :
 - 3 véhicules, 3 téléphones portables et 3 ordinateurs portables.

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://chi-epsm-oise.fr/offre-de-soins/pole-resource-evaluation-et-rehabilitation-psychosociale/jenesis/>

ÉQUIPE MOBILE DE SOINS SOMATIQUES

Objectif : améliorer l'accès aux soins physiques pour les personnes atteintes de troubles psychiques sévères. Ce dispositif répond à la surmortalité évitable des personnes vivant avec des troubles psychiatriques.

Mode d'intervention : L'équipe mobile de soins somatiques intervient sur le lieu de vie ou de soins du patient (domicile, CMP, foyer, etc.) pour dépister, suivre et coordonner les soins somatiques. L'équipe pluridisciplinaire établit des parcours individualisés en lien avec les acteurs de santé. Son action s'inscrit dans une logique de prévention, de réduction des inégalités et de continuité des soins.

→ Ils l'ont fait

À Dijon, le centre hospitalier de la Char treuse a mis en place en 2022 « l'Équipe Mobile de Soins Somatiques en Santé Mentale (EM3SM) » dont l'objectif est d'améliorer la **prise en charge somatique ambulatoire** des patients souffrant de pathologies psychiatriques ou de déficiences mentales en proposant des actions de prévention, de dépistage et en facilitant l'accès aux soins soit en accompagnement soit en relai. En effet, le suivi médical ambulatoire irrégulier des personnes souffrant d'une maladie psychique sont des personnes vulnérables avec un **impact sur l'espérance de vie**, raccourcie de 15 ans par rapport à la population générale. Avec une implantation territoriale forte de nombreux partenaires (CPTS, DAC21, Centre de santé polyvalent de la SDAT, praticiens libéraux, CH...), l'équipe qui intervient en CMP ou à domicile offre une prise en charge globale et a pour objectif de **maintenir les patients dans leur lieu de vie** et d'éduquer les patients et les équipes soignantes à la santé somatique à travers des dispositifs de psychoéducatifs et des formations. L'EM3SM assure des soins préventifs ou curatifs tels que l'inscription des patients dans les dépistages nationaux, des dépis-

tages bucco-dentaires avec orientation si nécessaire, des bilans somatiques par médecin ou IPA, le suivi des pathologies somatiques chroniques avec ou sans bilan biologique et en coordination avec les médecins traitants ou spécialistes, le suivi cardiaque en lien avec la surveillance des effets indésirables liés aux traitements psychotropes... En juin 2025, la file active de l'EM3SM est de 319 patients avec une répartition de l'activité de 66 % en CMP, 30 % à domicile, 4 % en intra hospitalier.

- L'équipe :
 - 0,6 ETP psychiatre
 - 0,1 ETP cadre de santé
 - 1 ETP infirmier
 - 1 ETP IPA
 - 0,5 ETP assistante médico-administrative
- L'équipement :
 - 3 véhicules, 3 téléphones portables et 3 ordinateurs portables.

POUR ALLER PLUS LOIN

https://www.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr/wp-content/uploads/2023/11/Plaque EM3SM_2023.pdf

ÉQUIPE MOBILE DE SOUTIEN AUX STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

Objectif : soutenir les structures médico-sociales en psychiatrie en intervenant auprès des établissements (FAM, MAS, foyers, ESAT...) pour accompagner des usagers en situation de handicap psychique. Ce dispositif renforce l'inclusion, évite les ruptures de parcours et soutient les équipes de terrain.

Mode d'intervention : L'équipe mobile de soutien aux structures médico-sociales apporte une expertise psychiatrique, aide à la gestion des situations complexes et favorise la continuité des soins. L'équipe pluridisciplinaire agit directement dans les structures, sur sollicitation, pour des interventions ponctuelles ou prolongées. Elle travaille en lien étroit avec les professionnels médico-sociaux et les services de psychiatrie.

→ Ils l'ont fait

À Dreux, le centre hospitalier Victor-Jousselin a créé en 2019 une équipe qui intervient dans le nord du département d'Eure-et-Loir (28) et propose une offre de soins mobile individualisée, axée sur l'aller-vers et la consolidation de l'alliance thérapeutique. L'équipe mobile joue un **rôle d'interface entre les partenaires du handicap/précarité et la psychiatrie**, pour un accompagnement fluide et adapté.

En lien direct avec la Cellule d'Appui à la Régulation et à l'Orientation en Santé Mentale (CAROSM) et le Centre d'Accueil et de Crise (CAC), la prise en soins par **adressage direct par mail ou téléphone** se met en place sur la base d'une évaluation de l'équipe pluridisciplinaire dans les différentes structures partenaires, à domicile, ou dans un lieu public défini avec l'usager. Un parcours de soins affiné grâce à l'expertise des différents acteurs lui est alors proposé.

C'est le travail de réseau qui est réalisé entre autres autour de la thématique de la souffrance psychique auprès des différents partenaires du médico-social tels que CAROSM, « Éducateurs de rue » IFEP,

GIP - Un toit pour toi (115, maison relais, Centre d'Hébergement d'Urgence, Centre d'Accueil pour demandeur d'Asile etc.), DAME, FAM, MAS, Foyer d'Hébergement. Des **maraudes précarité** sont également réalisées chaque premier mardi du mois avec plusieurs partenaires.

Sur l'année 2024, 195 évaluations ont été réalisées (en structure, à domicile, sur la voie publique...) ainsi que 202 situations nécessitant un appui aux équipes.

- L'équipe :
 - 1 ETP psychiatre
 - 2 ETP infirmier
 - 1 ETP assistante médico-administrative
 - 1 ETP éducateur spécialisé
- L'équipement :
 - Véhicule, téléphones portables et ordinateurs portables (nombre non communiqué par l'établissement).

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://www.ch-dreux.fr/Psychiatrie-adulte/5/13/38>

ÉQUIPE MOBILE DE SUIVI SANTÉ-JUSTICE

Objectif: accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques sous main de justice (sortie de détention, obligation de soins, aménagement de peine). Ce dispositif vise à prévenir les ruptures de soins et réduire les récidives.

Mode d'intervention : L'équipe mobile de suivi santé-justice intervient en lien avec les SPIP, les unités sanitaires, les CMP et les tribunaux pour assurer la continuité des soins et favoriser la réinsertion. L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins, organise le suivi et coordonne les acteurs sanitaires, sociaux et judiciaires. Les interventions sont ajustées selon le cadre légal et la situation du patient.

➔ Ils l'ont fait

À Strasbourg, l'établissement Public de Santé Alsace Nord a mis en place une équipe pluridisciplinaire de liaison « Dedans Dehors » qui intervient dans le Bas-Rhin auprès de **patients incarcérés à risque de rupture de soins**, en particulier ceux présentant des troubles psychiatriques et/ou additifs.

La prise en charge débute au moins trois mois avant la sortie de prison par une **rencontre dans les lieux de détention** et l'élaboration d'un projet de soins et de sortie individualisé. Elle se termine lorsqu'une stabilisation sanitaire et sociale est suffisante pour garantir un relais de soin de qualité ou après une durée de six mois après la sortie de prison.

La réussite des prises en charge nécessite le développement de nombreux partenariats en amont ou en aval avec des structures telles que: unité de consultation et de soins ambulatoires, SPIP, MDPH, CAF, SIAO, Centre des Finances Publiques, CCAS, France Travail, Mission Locale, Cimade, CNPE, structures addictologiques, CMP, médecins généralistes, psychiatres, pharmacies, accueils de jour, maraudes, hébergements, CPCA, UCSO, UDAF, SIAO. Ainsi, se facilite la construction du lien pour la réappropriation de la

vie quotidienne, l'aide au rétablissement des liens sociaux et la poursuite de l'autonomisation et de la stabilisation sociale. En 2024, l'équipe a suivi 45 patients et a réalisé 571 actes sur l'année.

- L'équipe:
 - ➔ 0,5 ETP psychiatre
 - ➔ 0,2 ETP neuropsychologue
 - ➔ 1 ETP infirmier
 - ➔ 1 ETP assistante sociale
 - ➔ 1 ETP éducateur spécialisé
- L'équipement:
 - ➔ 1 véhicule, 2 téléphones portables et 2 ordinateurs portables.

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://www.ch-epsan.fr/>

ÉQUIPE MOBILE DE COORDINATION INTERMINISTÉRIELLE

Objectif: intervenir sur des situations complexes de personnes en grande souffrance psychique, souvent en rupture de parcours ou en impasse institutionnelle. Ce dispositif vise à éviter les ruptures, favoriser l'inclusion et améliorer la gouvernance en santé mentale.

Mode d'intervention : L'équipe mobile de coordination interministérielle mobilise des professionnels issus de la santé, du social, de la justice, de l'éducation ou de la protection, pour coordonner une réponse transversale adaptée. Son rôle est d'évaluer, de construire un plan d'action partagé et de lever les blocages entre institutions. Elle agit sur l'ensemble d'un territoire, sur sollicitation, en appui aux acteurs locaux.

➔ Ils l'ont fait

À Saint-Paul (île de La Réunion), l'établissement public de santé mentale a mis en place une équipe mobile pluridisciplinaire et interinstitutionnelle qui intervient sur le département auprès des **jeunes de 11 à 21 ans** en souffrance psychique et en rupture de soins.

Le **maillage interinstitutionnel** s'articule autour de partenaires tels que l'agence régionale de santé, le conseil départemental, la DTPJJ, l'ASE ou encore l'Éducation nationale. L'accès au parcours de soins se fait à partir d'une **demande d'intervention directe** par un accompagnant d'une des institutions partenaires selon un protocole commun. La prise en charge débute avec une évaluation globale du parcours de soins, de la situation du patient et une anamnèse. Les freins empêchant l'accès aux soins et les dispositifs d'aides.

L'approche systémique et l'évaluation interinstitutionnelle à travers l'orientation, l'accompagnement et la coordination entre les acteurs du soin et les acteurs sociaux sont des facteurs de réussite de la prise en charge. La prise en charge s'articule autour de réunions de concertations pluri-institutionnelles; d'entretiens individuels en binôme; d'acti-

vités médiatrices, d'entretiens familiaux; d'accompagnement et suivi et soutien et orientation aux professionnels.

En 2024, l'équipe, qui réalise 100% des interventions en situation de crise sous 24 à 72 heures, a suivi 128 jeunes avec une durée moyenne de prise en charge de 2,7 mois.

- L'équipe:
 - ➔ 1 ETP psychologue
 - ➔ 2 ETP infirmiers
 - ➔ 1 ETP éducateur spécialisé
 - ➔ 1 ETP assistante médico-administrative
- L'équipement:
 - ➔ 1 véhicule, téléphone portable et ordinateur portable par binôme.

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://epsmr.org/>

ÉQUIPE MOBILE DE RÉHABILITATION

Objectif : accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques sévères vers le rétablissement, l'autonomie et l'inclusion sociale, grâce à un soutien pluridisciplinaire coordonné, réalisé au plus près de leur lieu de vie plutôt qu'en institution.

Mode d'intervention : L'équipe mobile de réhabilitation s'inscrit dans une logique de la psychiatrie de rétablissement centrée sur les capacités de la personne et son projet de vie. Elle vise donc à améliorer la qualité de vie de la personne concernée en l'aidant à développer ses compétences du quotidien et regagner le pouvoir d'agir.

→ Ils l'ont fait

En 2024, afin de répondre aux besoins des patients hospitalisés depuis plusieurs années, dans une démarche d'aller-vers, le centre hospitalier de Calais a réorganisé son pôle de psychiatrie en **transférant une partie de son activité d'hospitalisation conventionnelle de réhabilitation** (19 à 12 lits) à une équipe mobile de réhabilitation qui intervient trois jours par semaine.

La prise en charge est régie par un contrat d'une durée de six mois renouvelable après une évaluation globale et individualisée des capacités cognitives, de l'autonomie fonctionnelle, des compétences sociales, de la qualité de vie (ressenti) et de l'environnement de vie du patient.

La prise en soins repose sur la remédiation cognitive (travail sur l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives), l'entraînement aux habiletés sociales (gestion des émotions et interactions sociales), la psychoéducation (compréhension des troubles, gestion des symptômes et prévention des rechutes), la réhabilitation dans le milieu de vie (travail sur les actes de la vie quotidienne, hygiène, alimentation, gestion du logement/budget), l'accompagnement au projet de vie (accès au logement, insertion professionnelle ou occupationnelle, reprise d'activités sociales) et soutien aux aidants (information et implication dans le projet de soins).

Tout cela est possible grâce à l'utilisation **d'outils spécifiques** (bilans standardisés, supports de remédiation cognitive, carnets de suivi personnalisé, plans de crise individualisés...) et à la réalisation de nombreuses interventions à domicile qui permettent une observation en situation réelle plutôt qu'en contexte institutionnel.

L'équipe œuvre étroitement à la prise en charge avec en amont: les CMP, les unités d'hospitalisation et les médecins généralistes et en aval avec les structures médico-sociales (SAVS, SAMSAH), les dispositifs d'insertion et les associations d'usagers.

En une année, ce dispositif encore jeune a réalisé 214 IAD et suivi 17 patients dont deux seulement ont été réhospitalisés.

- L'équipe :
 - 1,35 ETP infirmier
 - 0,2 ETP ergothérapeute
 - Temps psychologue ou neuropsychologue à la demande.
- L'équipement :
 - Véhicule, téléphone portable et ordinateur.

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://www.ch-calais.fr/pole-sante-mentale-et-addiction>

L'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale est une agence publique de conseil et d'expertise qui agit avec et pour les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux. Depuis 2009, elle a pour mission de soutenir, d'outiller et d'accompagner les établissements dans l'amélioration de leur performance sous toutes ses dimensions. Pour la mener à bien, l'Anap propose une offre d'accompagnement globale - diffusion de contenus opérationnels, organisation et animation de la mise en réseau et intervention sur le terrain.

Pour plus d'informations www.anap.fr

Anap
23, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 57 27 12 00

Retrouvez-nous sur



anap.fr