

Remediation Therapy » rédigé par A. Delahunty, C. Reeder, T. Wykes, R. Morice et E. Newton. MB diffusion edition, Paris, 2010.

Pomini V, Neiss L, Brenner H et al. Thérapies psychologiques des schizophrénies, Mardaga éditeurs, Sprimont, B. 1998.

Vianin P. Remédiation cognitive de la schizophrénie. Présentation du programme Recos. *Ann Med Psychol* 2007;165:200–205.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.223>

P88

La personne de confiance en psychiatrie : de l'accompagnement au consentement (à l'occasion de la mise en place des directives anticipées)

M.-N. Vacheron, A. Viala

Secteur 75G13, centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

Mots clés : Personne de confiance ; Accompagnement ; Consultation ; Consentement ; Directives anticipées

La notion de personne de confiance apparaît pour la première fois dans le Code de Santé Publique dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 (art L 1111-6 CSP) relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, réclamée par les familles et les associations ; elle est conçue pour permettre au patient de se faire accompagner dans une démarche de soins, mais aussi comme une aide à la décision médicale ou à la participation à un protocole de recherche biomédicale. Elle a été successivement renforcée par les lois sur la bioéthique de 2004, puis sur la fin de vie en 2005, (puis en matière d'incapacité en 2007), et enfin plus récemment à l'occasion de la loi du 5 juillet 2011. Son rôle a ainsi évolué de l'accompagnement à la consultation puis au consentement. La personne de confiance doit être distinguée des « proches », de « la personne à prévenir », de « la tierce personne » et même du « tiers », alors même qu'il peut s'agir d'un parent, d'un proche ou du médecin traitant. . . La désignation est faite par écrit, la personne de confiance peut être différente d'une période à l'autre et même d'une situation médicale à l'autre, le patient ayant une liberté totale pour décider, et la désignation étant « révocable à tout moment ». Le législateur a voulu d'emblée que le concept en soit large, mais des éléments de confusion, de méfiance, de non-information, ont pu participer au fait qu'elle soit encore peu utilisée ou sous-utilisée, en tout cas en psychiatrie. La perspective d'adapter les procédures de directives anticipées aux modalités d'hospitalisation ou de réhospitalisation pour soins psychiatriques pourrait amener à réactualiser le rôle de la personne de confiance et à envisager une information tant des soignants que des patients et des personnes susceptibles d'être désignées.

Pour en savoir plus

Ferrand E, Pham T. Personne de confiance pour les patients hospitalisés. *Presse Med* 2012;41:730–735.

Hazif-Thomas C, Thomas P. Décision médicale, respect du patient et personne de confiance. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 2009;12(3):21–24.

Maitre E, Debien C, Nicaise P et al. Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *Encephale* 2013 [Disponible en ligne].

Manaouil C. Vers un rôle de plus en plus croissant de la personne de confiance ? *Droit Deontol Soins* 2011:288–297.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.224>

P89

PSYDOM : unité de soins psychiatriques à domicile

C. Germain, Q. Thompson, B. Garnier

Secteur 17, centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

Mots clés : Soins psychiatriques à domicile ; Soins ambulatoires ; PSYDOM

Une unité de soins psychiatriques a été mise en place dans le 16^e arrondissement de Paris en janvier 2013. Elle est rattachée au pôle 16^e arrondissement de l'hôpital Sainte-Anne. Cette structure s'adresse aux patients résidant à Paris dans le 16^e arrondissement et est une alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer des soins psychiatriques médicaux et paramédicaux au domicile. La durée du suivi est fixée au début de la prise en charge et un projet de soin est établi avec le patient. L'admission du patient est prononcée par les psychiatres coordonnateurs sur proposition du psychiatre référent du patient. L'équipe soignante de PSYDOM est composée de deux psychiatres, cinq infirmières et une cadre sous la responsabilité du chef de service. Les membres de cette équipe travaillent tous dans cette unité à temps partiel. Cette nouvelle structure permet de recevoir des patients en phase de stabilisation, sortant d'une hospitalisation ou bien des patients en phase d'acutisation de leur pathologie, suivis au CMP, ne souhaitant pas être hospitalisés ou encore des patients adressés par le service d'accueil et d'urgence de l'hôpital Ambroise-Paré (AP-HP) de Boulogne (92). Les patients pris en charge bénéficient d'un projet thérapeutique individualisé et d'un contrat de soin. Ils sont favorables à ce mode de suivi ambulatoire. Depuis l'ouverture de la structure, 23 patients ont été pris en charge, 20 femmes et 3 hommes. Cent quatre-vingt-quatre VAD infirmières et 51 VAD infirmières + psychiatre ont été réalisées. Nous proposons dans notre poster d'exposer notre mode de travail et notre bilan sur six mois de fonctionnement.

Pour en savoir plus

Rosetti R, Sakh D, Ramond R, Sohno-Berat S. Enquête sur le mode de fonctionnement et l'activité d'hospitalisation à domicile d'un secteur psychiatrique de la Seine-Saint-Denis. *Ann Med Psychol* 2003;161:478–484.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.225>

P90

Contextualizing one's life in the micro- and macrosystem of society in narrated life stories

C. Köber, T. Habermas

Goethe Universität, Francfort, Germany

Keywords : Life story; Autobiographical memory; Contextualization; Social identity; History

Human development happens in nested sociological contexts [1,2]. With social-cognitive development, individuals become aware of their embeddedness in increasingly wider social contexts. As these contexts have a certain impact on one's life course, positioning in these contexts should occur in personal narratives. We tested whether this was reflected in life stories. In a longitudinal study with 3 measurement times covering 8 years and 6 age groups spanning life from age 8 to 70, we coded the occurrence of 4 different kinds of socio-historical contextualization of narrators' lives according to Bronfenbrenner's ecological systems theory: family constellation implying one's microsystem, family history presenting the mesosystem, socioeconomic status referring to one's exosystem, and historical context representing the macrosystem. Contextualizations were coded in the initial parts of life narratives to check whether narrators put themselves retrospectively as infants in their early sociological context. Increasing percentage of the contextualisations indicate the development of an awareness of the individual belonging to society. Individuals' awareness about their social context seems indeed to get increasingly wider throughout development according to Bronfenbrenner's social subsystems.

Références

[1] Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. In: Gauvain M, Cole M, editors. Readings on the development of children. 2nd ed. NY: Freeman; 1994. p. 37–43.

[2] Habermas T, Bluck S. Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychol Bull* 2000;126(5):748–69.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.226>

P91

État de stress post-traumatique, homicide et responsabilité pénale

O. Benelmouloud^a, M. Benabbas^b

^a Faculté de médecine, université Constantine 3, Constantine, Algérie

^b HMRUC/5^e RM, Constantine, Algérie

Mots clés : État de stress post-traumatique ; Homicide ; Flash back ; État de démence ; Responsabilité pénale

L'auteur relate l'histoire d'un jeune soldat coupable d'homicide sur son collègue par arme à feu. La difficulté commence le jour de l'expertise psychiatrique ordonnée par le magistrat de Constantine. La difficulté diagnostique et la longue durée écoulée entre le jour du délit et celui de l'expertise rendent aléatoire toutes conclusions et ceci est illustré à travers une vignette clinique détaillée.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.227>

P92

Santé Mentale en Afrique de l'Ouest : présentation d'un partenariat avec une ONG Béninoise

W. Alarcon^a, V. Bergot^a, L. Surig^b, S. Simon^c, E. Jacques^d, S. Thiebaut^d

^a Association Smao, centre hospitalier Mas Careiron, 30700 Uzès, France

^b Association Smao, CHU de Nîmes, 30000 Nîmes, France

^c Association Smao, CHU de Montpellier, 34000 Montpellier, France

^d Association Smao, centre hospitalier Thuir, 66000 Perpignan, France

Mots clés : Psychiatrie ; Afrique ; Stigmatisation ; Réseau de soins L'Association Santé Mentale en Afrique de l'Ouest est née d'une collaboration avec l'ONG Béninoise « Saint-Camille ». Cette association fondée par Grégoire Ahongbonon œuvre depuis près de 30 ans, en Côte d'Ivoire et au Bénin pour soustraire les malades psychiatriques au sort qui leur est le plus souvent réservé en l'absence de soins : l'errance pathologique dans les métropoles du continent et l'enchaînement physique à des arbres ou des murs à l'écart des villages dans les campagnes. La maladie mentale reste en effet un sujet tabou dans ces sociétés marquées par des croyances séculaires autour de la sorcellerie et de l'envoûtement. L'action de l'ONG Saint-Camille s'inscrit aussi dans un contexte de pénurie de structures soignantes (un seul hôpital psychiatrique au Bénin par exemple). On peut ainsi regretter la quasi-absence de politiques de développement de réseaux de soins psychiatriques en Afrique de l'Ouest, tant du point de vu des gouvernements que des grandes ONG médicales internationales, pour qui la psychiatrie n'est pas une priorité. Aujourd'hui ce sont plus de 20 000 malades qui ont été accueillis dans les 8 centres de soins d'ONG St-Camille en Côte d'Ivoire et au Bénin, et qui ont pu être réinsérés dans leurs familles, au prix d'une lutte incessante contre les représentations de la maladie mentale encore en cours dans cette partie du monde. L'association Santé Mentale en Afrique de l'Ouest, organisée autour de soignants du centre hospitalier Le Mas Careiron à Uzès (30) est engagée dans un partenariat avec l'ONG Saint-Camille et développe les actions suivantes :

- soutien financier envers ses partenaires africains pour l'achat de médicaments psychotropes ;
- aide à la formation en santé mentale ;
- organisation de missions de bénévolat en santé mentale en Afrique de l'Ouest ;

– organisation de rencontres et débats autour du thème de la santé mentale en Afrique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.228>

P93

Les hommes auteurs d'homicide conjugal

A. Delbreil^a, M. Voyer^a, M. Lebeau^b,

M. Samanet^b, J.-L. Senon^c

^a Service de médecine légale, service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU La Milétrie, 86000 Poitiers, France

^b Service de Médecine Légale, CHU La Milétrie, 86000 Poitiers, France

^c Service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale, centre hospitalier Henri-Laborit, 86000 Poitiers, France

Mots clés : Homicide ; Crime ; Violence ; Prévention ; Conjugal

Introduction.– L'homicide conjugal est commis sur un partenaire ou un ex-partenaire de vie intime quel que soit son statut. Il représente environ 20 % des homicides en France [1]. D'origine multifactorielle, son repérage est complexe.

Objectif.– Mettre en évidence les caractéristiques socio-démographiques, psychopathologiques et criminologiques des hommes auteurs d'homicide conjugal, afin de déterminer des facteurs prédictifs de passage à l'acte.

Méthode.– Étude descriptive et rétrospective sur 37 dossiers d'homicide conjugal (ou tentative), jugés entre 1999 et 2010 par la Cour d'Appel de Poitiers. Un nombre important de variables concernant les auteurs, les victimes et les faits a été recherché. Elles ont ensuite été recoupées pour établir des profils.

Résultats.– Les hommes représentent 88 % des auteurs d'homicide conjugal. Ils sont pour la plupart impulsifs (80,4 %) et présentent des antécédents judiciaires (64,8 %) et de violence conjugale physique (70,3 %). La moitié abuse de l'alcool. Le passage à l'acte est souvent motivé par la séparation du couple (64,8 %). Il est fréquemment commis avec une violence exagérée (54 %). Auparavant, environ la moitié des auteurs avait exprimé des menaces de mort ou suicidaires.

Conclusion.– Notre étude a montré que l'homicide conjugal est un geste non prémédité, commis par des hommes, devant la difficulté à accepter la perte de la compagne. Ce crime est souvent associé à la violence conjugale et l'éthylisme chronique. La mise en évidence de ces profils permet de proposer des actes de prévention plus ciblés.

Référence

[1] Ministère de l'intérieur. Délégation aux victimes. Étude nationale sur les morts au sein du couple, 2011.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.229>

P94

Veille sanitaire et réseau de santé mentale dans la prise en charge des suicidants. Résultats d'une étude contrôlée

A. Marchand^a, E. Castaigne^a, F. de Suremain^b, O. Valderrama^b, G. Sommier^c, H. Agostini^a, P. Hardy^a

^a CHU de Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

^b Réseau de Santé Mentale Depsud, 94800 Villejuif, France

^c EPS Paul-Guiraud, 94800 Villejuif, France

Mots clés : Tentative de suicide ; Réseau de santé ; Veille sanitaire ; Récidive ; Engagement dans les soins

Une étude prospective, contrôlée et randomisée a été réalisée sur 320 suicidants ayant regagné leur domicile après passage au SAU de Bicêtre. Elle a comparé le protocole de prise en charge habituel (groupe G1) au protocole « OSTA » (G2). Celui-ci comporte trois appels téléphoniques au patient (à j8–j15, M1 et M3) [2,3], un appel