

Rhenter P. « Les conseils locaux de santé mentale, un nouveau modèle pour les partenariats ? », Revue Vie sociale, éditée par le Cédias, n° 1, 2010.

Roelandt J-L. Rapport « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : rôle du partenariat et place des associations d'usagers », 2002 Actes de la 1ère rencontre nationale des Clsm, co-organisée par ESPT et le CCOMS : « Citoyenneté et santé mentale », Paris - 06 janvier 2012.

La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, Pluriels n° 87/88 janvier-février 2011 : les Conseils locaux de santé mentale.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.102>

## P079

### Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une mesure « low cost » ?

C. Gobillot\*, H. Claudel

Centre hospitalier Le Vinatier, Bron, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [charlinegobillot@gmail.com](mailto:charlinegobillot@gmail.com) (C. Gobillot)

La loi du 5 juillet introduit de nouvelles pratiques dont la possibilité d'hospitaliser sans consentement sans tiers et avec un seul certificat médical en cas de péril imminent : les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI).

L'admission en cas de péril imminent permet l'hospitalisation d'un patient dans les situations exceptionnelles, « s'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers » et en cas « d'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient ». Le caractère imprécis de la loi permet une grande liberté d'interprétation et donc d'utilisation de cette modalité de soins.

En pratique, on observe une proportion croissante d'admissions en SPPI, jusqu'à 21 % des admissions sans consentement, ce qui situe cette mesure hors du cadre exceptionnel pensé par la loi. L'importante utilisation des SPPI questionne les situations dans lesquelles une admission selon cette modalité est instaurée : pour désengorger des urgences surchargées ? Pour ne pas perdre de temps en recherchant un tiers ? Par désengagement des tiers ? Par manque de formation des médecins ? Rapide et simple à mettre en place, avec un seul certificat et pas de tiers signataire, l'admission est-elle une mesure « low cost » ?

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique de conception naturalistique sur une durée de 6 mois aux urgences du CH Le Vinatier afin de déterminer la progression de l'utilisation des SPPI et le respect des conditions limitatives prévues par la loi.

**Mots clés** Loi 5 juillet 2011 ; SPPI ; Péril imminent ; Tiers ; Hospitalisation sans consentement

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

*Pour en savoir plus*

Mondoloni A, et al. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *Encephale* 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2014.01.001>.

Vacheron MN. Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après ? *Encephale* 2013.

Jonas C. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. *EMC Psychiatrie* 2013 [37-901-A-15].

Klifa M. L'admission en soins psychiatrique en cas de péril imminent : reflet de l'évolution des places du tiers et du psychiatre dans la décision des soins sans consentement. Thèse d'exercice, médecine, Lyon, 2014.

Braitman A, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? *Encephale* 2013.

Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie. Le nouveau régime des soins sous contrainte (loi du 5 juillet 2011). *Droit Déontologie & Soins* 2011;11(4):438–502.

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Robiliard D. Rapport n° 1284 du 17 juillet 2013, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.103>

## P080

### La réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales appliquées au Diplôme d'études spécialisées de psychiatrie : souhaits des internes pour l'évolution de l'internat et du post-internat. Résultats d'une enquête nationale de l'Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (AFFEP)

A. Lepetit<sup>1,\*</sup>, L. Nohales<sup>2</sup>, A. Colin<sup>3</sup>, D. Sebbane<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Équipe mobile maladie d'Alzheimer, centre hospitalier des Charpennes, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

<sup>2</sup> Service de psychiatrie adultes consultations/liaison, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

<sup>3</sup> Pôle de psychiatrie, CHRU de Lille, Lille, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [alexis.lepedit@chu-lyon.fr](mailto:alexis.lepedit@chu-lyon.fr) (A. Lepetit)

**Introduction** Le groupe de travail 3<sup>e</sup> cycle (GT3C) a été institué à la demande des ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et était composé de membres de la Commission nationale de l'internat et du post-internat et de la Commission pédagogique nationale des études de santé. Ses propositions ont été rendues publiques le 25 janvier 2014 [1]. Dans cette perspective, l'AFFEP, association représentative des internes de psychiatrie français, a conduit une enquête afin de mieux cerner les attentes des internes quant aux évolutions possibles de la maquette du diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie et du post-internat.

**Méthodes** Un sondage a été soumis par courriel à tous les membres de l'AFFEP du 6 décembre 2013 au 12 février 2014.

**Résultats** Le taux de réponse était de 70 % (800 réponses) ; 30 % des internes étaient favorables à un allongement de la maquette à 5 ans et 42 % souhaitaient avoir deux stages en CHU obligatoires. Les internes souhaitaient la création de nouveaux diplômes d'études spécialisées complémentaires à 75 % en psychiatrie légale et 70 % en gérontopsychiatrie ; 15 % sont en faveur d'un DES indépendant de pédopsychiatrie.

**Discussion** Globalement, les internes de psychiatrie se montrent satisfaits de la maquette actuelle. Néanmoins, cette étude met en avant une nécessité de reconnaissance de sous-spécialité émergentes et un attachement au maintien de la pédopsychiatrie dans le DES de psychiatrie [2]. Cela correspond aux premières propositions du Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP) pour l'application de la réforme au DES de psychiatrie avec l'apparition des surspécialisations de pédopsychiatrie et de gérontopsychiatrie allongé d'un an la durée du DES.

**Conclusion** Les résultats de cette enquête ont permis de guider les réflexions communes de l'AFFEP avec le CNUP et le GT3C pour l'application de la réforme à l'internat de psychiatrie.

**Mots clés** Internat et résidence ; Formation professionnelle ; France ; Enseignement médical

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

**Références**

[1] Couraud F, Pruvot FR. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. Paris : Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle ; 2014.

- [2] Berger-Vergiat A, Chauvelin L, Van Effenterre A. Souhaits de pratique des internes de psychiatrie : résultats d'une enquête nationale. *Encephale* 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.104>

## P081

### Poids de l'évolution des représentations sur les stratégies d'adaptation des patients et des familles confrontées au trouble bipolaire

K. M'Bailara<sup>1,\*</sup>, S. Gard<sup>2</sup>, E. Rouan<sup>3</sup>, M. Chive<sup>2</sup>, L. Zanouy<sup>2</sup>, I. Minois<sup>2</sup>, M. Bouteloux<sup>2</sup>, A. Jutant<sup>2</sup>, A. Desage<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Université de Bordeaux, Bordeaux, France

<sup>2</sup> Fondation FondaMental, centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux, France

<sup>3</sup> Université Paris 8, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [katia.mbailara@u-bordeaux.fr](mailto:katia.mbailara@u-bordeaux.fr) (K. M'Bailara)

Vivre au quotidien avec un trouble bipolaire ou vivre avec un patient atteint d'un trouble bipolaire génère un stress familial intense [1]. Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et le développement parallèle de l'éducation thérapeutique du patient proposent 3 axes prioritaires de prise en charge des aidants familiaux : l'information sur le trouble, l'aide dans la gestion du trouble au quotidien et le soutien psychologique. Dans ce contexte, les programmes de psychoéducation familiale constituent un dispositif pertinent pour répondre à la question complexe de la place des familles dans la prise en charge : comment inclure les aidants dans le soin tout en leur garantissant de ne pas devenir des soignants [2] ? Des nombreuses études ont pointé le bénéfice d'une telle prise en charge sur l'évolution de la pathologie [3,4]. Ainsi dans le cas des troubles bipolaires, la psychoéducation a un impact sur le nombre d'épisodes dépressifs et maniaques, sur leur durée et leur intensité. À l'heure actuelle peu de travaux nous renseignent sur les mécanismes qui permettent une telle amélioration et en particulier sur les processus favorisant les modifications de stratégies des personnes dans la gestion du trouble bipolaires. Un des leviers essentiel à évaluer concerne la représentation de la maladie. En effet, l'éducation thérapeutique place d'emblée la personne au cœur du dispositif en s'appuyant sur ses connaissances et sa représentation de la maladie et ne peut se réduire à l'instruction. Notre objectif est donc d'évaluer le poids de l'évolution des représentations sur les stratégies d'adaptation des patients et des familles confrontées au trouble bipolaire. Cette étude a été effectuée auprès de patients ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaires et de leur famille pris en charge dans un programme de psychoéducation de 12 séances (sur 6 mois). Nos résultats offrent des pistes de compréhension des processus en jeu au cours d'une psychoéducation multifamiliale.

**Mots clés** Soignants et proches-aidants ; Éducation thérapeutique ; Troubles bipolaires ; Représentation de la maladie

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

#### Références

- [1] M'Bailara K, Gay C. Famille et troubles bipolaires. In: Bourgeois ML, et al., editors. *Les troubles bipolaires*. Lavoisier Éditions; 2014. p. 541–50.
- [2] M'Bailara K, Henry C. Psycho-éducation multifamiliale et troubles bipolaires. In: Cook-Darzens S, editor. *Thérapies multifamiliales*, chapitre 5. Collection Erès; 2007.
- [3] Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(4):402–7.
- [4] Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, et al. Group psychoeducation for stabilised

bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009;194(3):260–5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.105>

## P082

### L'activité des psychiatres libéraux en 2013 : une description à partir des bases médico-administratives

F. Garry\*, A. Cuerq, M.-C. Lenormand, G. Debeugny  
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [florence.garry@cnamts.fr](mailto:florence.garry@cnamts.fr) (F. Garry)

**Introduction** Dans le cadre de travaux sur la prise en charge de la dépression et des troubles anxieux, la CNAMTS s'est intéressée à l'activité des psychiatres libéraux.

**Méthode** À partir des bases médico-administratives nationales de l'assurance maladie (SNIIRAM), l'activité et la patientèle des psychiatres ont été analysées en 2013.

**Résultats** Quatorze mille trois cent psychiatres exerçaient en France en 2013, dont 8000 salariés et 6300 libéraux. Ces derniers étaient en majorité des hommes (60%) à la moyenne d'âge élevée (57 ans), les 2/3 exerçant en secteur 1. Les disparités de répartition sur le territoire sont relativement importantes avec des densités élevées dans les grands centres urbains et dans le sud de la France. Ces déséquilibres ne sont pas sans conséquence sur l'activité des psychiatres. En 2013, les psychiatres libéraux ont assuré 14,5 millions de consultations pour 1,8 millions de patients (tous régimes, France entière). Parmi ces consultations libérales, on dénombrait un nombre important d'« honoraires de surveillance » réalisés en clinique (2,6 millions), mais peu de « consultations d'urgence » (12 300) réalisées à la demande du médecin généraliste par les psychiatres libéraux. La moitié des psychiatres libéraux ont réalisé 23% de l'ensemble des consultations, alors que les 20% les plus actifs en réalisaient 48%. Peu de patients (4%) ont nécessité plus de 40 consultations dans l'année, mais ces consultations fréquentes représentaient 27% de l'activité des psychiatres libéraux. Les consultations ponctuelles (une ou deux consultations par patient) visant probablement à poser un diagnostic ou faire le bilan de prise en charge représentaient un tiers de la patientèle mais 4% de l'activité.

**Discussion** La disponibilité en psychiatres libéraux est très variable sur le territoire. Un effectif modéré de psychiatres assure une part importante de l'activité libérale. Un effectif très modéré de patients bénéficie très fréquemment de cette activité libérale.

**Mots clés** Psychiatrie ; Bases de données médico-administratives ; SNIIRAM

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

**Pour en savoir plus**

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015, <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/index.php>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.106>

## P083

### Implication des usagers et des aidants dans le développement de la classification des troubles mentaux et du comportement, CIM-11

M. Marsili<sup>1,\*</sup>, A.-C. Stona<sup>1</sup>, D. Sebbane<sup>1</sup>, M. Laporta<sup>2</sup>, J.-L. Roelandt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale, EPSM Lille métropole, Hellemmes, France

<sup>2</sup> CCOMS, Université de McGill, Montréal, Canada

\* Auteur correspondant.