

## P083

**Une histoire de lien**

S. Demski\*, S. Wolf, S. Beyoux, S. Boulguay, P. Huguelet

Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [sabine.dechamboux@hcuge.ch](mailto:sabine.dechamboux@hcuge.ch) (S. Demski)

Le lien, issu de l'ancien Français loien, du latin ligamen, avec influence de lier, a pour définition dans le dictionnaire Larousse comme « ce qui sert à maintenir ensemble ou à attacher, retenir, fermer ». La mission générale de l'équipe mobile de psychiatrie à Genève est de proposer un suivi intensif dans le milieu aux personnes présentant des troubles psychiques graves. Ils sont difficiles à atteindre ou à conserver dans un programme de traitement traditionnel. Dans un premier temps, un signalement effectué par l'entourage (famille, voisins, police, services sociaux...) de la personne nous parvient. La première rencontre avec la personne en difficulté est alors organisée avec le demandeur. Nous allons entendre les priorités du patient, écouter ses besoins. On s'en remet à ce qu'il nous dit pour, en douceur, le conduire plus loin.. Ceci sera notre levier pour débiter une collaboration susceptible de façonner une première attache. Au début du lien, nous nous mettons à côté de la personne, nous oublions notre fonction de soignant, jusqu'à adopter, parfois, leur fonctionnement particulier. De là, nous tissons une accroche, respectons le rythme du patient ainsi que sa capacité d'accepter notre présence. Petit à petit, nous devenons de plus en plus un interlocuteur montrant d'autres réalités, le patient devenant capable de partager là-dessus. Nous pouvons aborder les obstacles entravant la réussite de ses projets, besoins. Le patient accepte l'aide proposée pour les résoudre et ce, sans se sentir dévalorisé. Nous remettons le réseau en place, les liens entre les différents partenaires mais également nous permettons au patient d'être lui-même en lien avec ce réseau. Notre mission accomplie, nous prenons le temps de délasser ce lien en douceur vers une passation de prise en soins sécurisée. Cet accompagnement de fin de suivi permet une bonne intégration vers un suivi ambulatoire pérenne régulier.

**Mots clés** Lien ; Accroche ; Écoute ; Besoins ; Réseau ; Rythme  
**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

*Pour en savoir plus*

Bonsack C, Haefliger TM, Cordier S, Conus P. Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124(4):225–9.

Favrod J, Maire A. Se rétablir de la schizophrénie, 2012. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS.

Huguelet P. Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères. *Schweizer Arch Neurol Psychiatr* 2007;158:271–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.273>

## P084

**Le Questionnaire d'évaluation des connaissances sur le suicide (QECS)**

C.E. Notredame<sup>1,2,3,\*</sup>, A. Porte<sup>1,2</sup>, N. Pauwels<sup>3</sup>, T. Danel<sup>3,4</sup>, M. Walter<sup>5</sup>, G. Vaiva<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Centre hospitalier régional universitaire de Lille, pôle de psychiatrie et médecine pénitentiaire, hôpital Fontan, Lille, France

<sup>2</sup> Laboratoire SCA Lab, CNRS-UMR 9193, Lille, France

<sup>3</sup> Fédération de recherche en psychiatrie et santé mentale du Nord-Pas-de-Calais (F2RSM), Lille, France

<sup>4</sup> Centre hospitalier régional universitaire de Lille, centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie, Lille, France

<sup>5</sup> Centre hospitalier régional universitaire de Brest à Bohars, pôle de psychiatrie, Bohars, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [papageno@santementale5962.com](mailto:papageno@santementale5962.com) (C.E. Notredame)

L'accès aux soins des personnes à risque constitue un pilier essentiel de la prévention du suicide. Cependant, les idées reçues véhiculées autour des conduites suicidaires y opposent un obstacle significatif [1]. Afin de cibler au mieux les campagnes d'information qui dissiperait ces mythes, et pour en évaluer l'efficacité, les connaissances sur le suicide devraient pouvoir être quantifiées de façon fiable [2]. À ce jour, seules quelques études anglo-saxonnes dédiées ont été validées [3]. La limite décisive à leur interprétation tient cependant à ce qu'elles ne permettent pas d'approche normative. En effet, l'exactitude de leurs propositions n'est validée par aucun étalon officiel, alors même que certaines relèvent plus de l'expérience clinique que de connaissances issues de la littérature. Notre objectif consiste à palier cette limite en proposant une échelle dont la cotation est adaptée à l'évaluation d'un savoir normé. Le Questionnaire d'Évaluation des Connaissances sur le Suicide (QECS) est un auto-questionnaire qui explore, en 35 items, les principales connaissances relatives à l'épidémiologie et aux mythes communs concernant le suicide. Les réponses y sont recueillies par échelle visuelle analogique. La cotation finale se fait en confrontant ces réponses à celles d'un panel de référence constitué de spécialistes en suicidologie ( $n=47$ ). Nous présentons ici les résultats de ce panel, ainsi qu'une illustration des potentialités d'interprétation du QECS, via l'évaluation des connaissances d'un échantillon test d'étudiants en journalisme ( $n=111$ ). Les réponses du panel de référence étaient significativement différentes de « ni accord, ni désaccord » pour 27 des 29 items dédiés aux mythes. Pour 25 de ces items, une différence significative était retrouvée entre l'échantillon test et le panel de référence. Ainsi attestée, l'existence d'un avis expertal spécifique a servi d'étalon pour 2 modes de cotation des réponses de l'échantillon test : un score de véracité et un score de concordance aux experts.

**Mots clés** Suicide ; Connaissances ; Évaluation ; Questionnaire  
**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

**Références**

- [1] Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide Life Threat Behav* 2013;43(4):406–17.
- [2] Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS. Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: The role of mass media. *Am J Prev Med* 2014;47(3):S235–43.
- [3] Segal DL. Levels of knowledge about suicide facts and myths among younger and older adults. *Clin Gerontol* 2001;22(2):71–80.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.274>

## P085

**Démarche territoriale pour un partenariat concerté : exemple du CLSM**

P. Guézennec\*, J.-L. Roelandt  
CCOMS, Lille, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pguezennec@epsm-lille-metropole.fr](mailto:pguezennec@epsm-lille-metropole.fr) (P. Guézennec)

La psychiatrie publique est une part essentielle du champ de la santé mentale mais ne peut pas faire sans les partenaires de son territoire. Elle ne peut être à l'écart des populations et des territoires et doit penser son déploiement sur le territoire en fonction des besoins des populations. Avec plus de 125 Conseils locaux de santé mentale (CLSM) opérationnels en juillet 2015, cette démarche de proximité, de citoyenneté, de prévention et de coordination entre les acteurs permet d'élaborer des actions innovantes autour des dimensions multiples et variées de la santé mentale. Ils facilitent

l'insertion sociale en intégrant la santé mentale dans les différentes politiques de proximité. Le triptyque « élus locaux, psychiatrie publique, usagers » est un élément essentiel pour l'opérationnalité de la démarche. Ainsi, un CLSM ne peut pas exister si la psychiatrie publique ne s'extériorise pas vers la cité, travaille en vase clos et ne conçoit pas la prévention ou la promotion de la santé mentale comme une de ses missions essentielles, au même titre que le soin. Pour cela, les équipes acceptent d'agir à pied d'égalité avec les autres partenaires dans le cadre de la prévention des soins et de l'insertion sociale. Les CLSM les plus opérationnels et efficaces correspondent à des secteurs engagés dans un travail partenarial et un projet essentiellement de soins dans la cité. Lieu de démocratie participative, le CLSM peut être une porte d'entrée pour les associations d'usagers et d'aidants pour faire reconnaître leur expertise non seulement auprès des élus, mais aussi auprès de l'ensemble des professionnels de la psychiatrie et du champ de la santé mentale.

**Mots clés** Politique de santé mentale ; Partenariat ; Territoire ; Décloisonnement

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

*Pour en savoir plus*

Guézennec P, Roelandt JL. Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015. *Info Psychiatr* 2015.

Pelletier JF, et al. The Global Model of Public Mental Health through the WHO Quality Rights project. *J Publ Ment Health* 2013;12(4):212–3.

Roelandt JL, Guézennec P. Les conseils locaux de santé mentale : « Décloisonner, verbe actif ». In: Profanes, soignants et santé mentale: quelle ingénierie ? Douin 2015.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.275>

## P086

### Recensement des services d'hospitalisation à domicile psychiatriques en France en 2015

N. Navarro\*, A. Pham-Van, K. Parera, C. Jung, F. Olivier  
*Hospitalier de Montauban, Montauban, France*

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [nicolas.navarro@hotmail.fr](mailto:nicolas.navarro@hotmail.fr) (N. Navarro)

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation à temps complet classique, dans laquelle des soins intensifs sont effectués au domicile du patient. La circulaire DHOS du 4 février 2004 a, plus particulièrement, défini les modalités de l'HAD en psychiatrie : « elle prépare, raccourcit, prend le relais, évite ou remplace l'hospitalisation classique ». Il est important que l'HAD s'intègre dans l'organisation des soins psychiatriques et du secteur déjà existant. Elle renforce la diversité de l'offre de soin, facilite souvent l'accès au suivi psychiatrique et la continuité du parcours de soins. Les structures d'HAD sont disséminées sur l'ensemble du territoire français et leur nombre s'accroît régulièrement sans que puissent se coordonner les différentes équipes de psychiatrie porteuses de ce projet. En effet, à ce jour, il est difficile de trouver des données centralisées concernant les différents services d'HAD psychiatriques en France. Cette communication présente les résultats d'une enquête téléphonique réalisée en 2015 à partir du service d'HAD psychiatrique du centre hospitalier de Montauban (82). Il présente la répartition et la localisation des services d'HAD psychiatrique en France en 2015. Ce recensement a pour but de donner ainsi une vision simple et globale de l'implantation des structures d'hospitalisation à domicile en psychiatrie, avec le projet ultérieur de faciliter les échanges des pratiques dans ce domaine et peut-être de proposer une coordination nationale.

**Mots clés** HAD ; Recensement ; France ; 2015 ; Coordination

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.276>

## P087

### Santé mentale des patients hospitalisés à l'UHSA de Nancy. Étude descriptive et rétrospective de 186 patients

M. Floquet<sup>1,\*</sup>, I. Mouric<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centre hospitalier spécialisé, Blain, France

<sup>2</sup> Centre psychothérapique, Laxou, Nancy, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [fmaureen@hotmail.fr](mailto:fmaureen@hotmail.fr) (M. Floquet)

**Introduction** Le dispositif de soins psychiatriques aux détenus s'est vu complété par la création des unités hospitalières spécialement Aménagées (UHSA), qui accueillent des patients souffrant de troubles psychiatriques en hospitalisation à temps plein, avec ou sans consentement. L'UHSA de Nancy a ouvert ses portes en mars 2012 et nous proposons une analyse descriptive des patients accueillis dans ce service, une réflexion sur son fonctionnement ainsi que sur les liens avec nos partenaires.

**Matériel et méthodes** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur la période d'août 2012 à juillet 2013 inclus. Nous avons analysé plusieurs caractéristiques des patients hospitalisés. Nous nous sommes intéressés aux patients présentant un trouble psychotique afin d'en dégager d'éventuelles spécificités. Nous avons aussi envoyé un questionnaire à nos différents partenaires (UCSA et SMPR) pour savoir si la création de ce dispositif de soins avait eu des conséquences sur leurs pratiques auprès des patients.

**Résultats** Cent quatre-vingt-six patients ont été inclus. Les patients hospitalisés sont majoritairement masculins (89,9%), célibataires (72%), sans activité professionnelle avant l'incarcération (78%). 73% des patients ont des antécédents de suivi en psychiatrie. Quarante pour cent de ces patients hospitalisés ont un diagnostic de trouble psychotique. Nous retrouvons des différences significatives entre les patients psychotiques versus les autres patients sur plusieurs facteurs. Nos partenaires ont vu leur pratique se modifier mettant en avant une meilleure communication entre les soignants et une meilleure alliance thérapeutique avec le patient.

**Conclusion** L'UHSA offre une nouvelle modalité de soin aux détenus. Néanmoins, une réflexion plus globale doit être menée du fait de l'importance des détenus présentant des troubles mentaux et de la gravité des tableaux cliniques. Cette réflexion doit se faire avec l'ensemble des partenaires sanitaires et judiciaires et notamment avec les services de psychiatrie en milieu ouvert.

**Mots clés** Psychiatrie ; Prison ; UHSA ; SMPR ; UCSA ; Troubles mentaux

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

*Pour en savoir plus*

Falissard B, Rouillon F, Duburcq A, Fagnani F. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. 2004. p. 283.

Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359(9306):545–50.

Senon JL. Psychiatrie et prison: toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Med Psychol Rev Psychiatr* 2004;162(8):646–52.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.277>

## P088

### Motifs de levées de 102 mesures de soins psychiatriques sans consentement

T. Godet

*Urgences psychiatriques, CHRU de Tours, Tours, France*

Adresse e-mail : [aldo.godet@gmail.com](mailto:aldo.godet@gmail.com)

L'objectif de cette étude est d'identifier à partir d'un échantillon de 102 ordonnances de mains levées d'hospitalisation sans consentement par la Justice les principaux motifs en cause et de déterminer