

P076

Syndrome de Diogène : étude descriptive au sein d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé

B. Houbin*, V. Fouilleron, M. Pichard, A. Rauzy
Groupe hospitalier Paul-Guiraud, 94800 Villejuif, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benoit.houbin@ch-pgv.fr (B. Houbin)

Introduction L'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA Ouest 94), du groupe hospitalier Paul-Guiraud de Villejuif, intervient auprès des personnes de 60 ans et plus, résidant une des 15 communes de l'ouest du Val-de-Marne. Elle fonctionne de manière intersectorielle, mobilisant conjointement le psychiatre, l'infirmière de l'équipe et un infirmier du CMP du lieu de domiciliation, préalablement déterminé au sein de chacun des huit CMP du territoire.

Matériel et méthode Cette étude descriptive s'étendant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013, inclut 23 patients présentant un syndrome de Diogène selon les critères de Clark (comportement caractérisé par une négligence de l'hygiène corporelle et de l'habitat, associé à une accumulation d'objets divers et un isolement).

Résultats Parmi les patients, 73,9% sont des femmes. L'âge moyen est de 75,1 ans ; 82,6% vivent seuls à domicile ; 73,9% présentent une comorbidité somatique, seuls 21,7% ont un médecin traitant ; 82,6% n'ont pas d'antécédents psychiatriques connus. Les signalements proviennent majoritairement des services sociaux et des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) du territoire. Aucune pathologie n'est retrouvée dans 34,8% des cas. Les diagnostics cliniques les plus fréquemment posés sont les troubles de l'humeur (26,1%), les troubles démentiels (17,4%) et les troubles psychotiques (13%). Concernant les prises en charge proposées, 39,1% des patients sont orientés vers un suivi psychiatrique ambulatoire, 13% vers une consultation gériatrique. Une veille sanitaire a été instaurée dans 17,4% des cas. Trois patients ont été hospitalisés (2 en psychiatrie, 1 en gériatrie). Une protection juridique a été indiquée dans 30,4% des cas.

Conclusions Les résultats sont comparables aux données de la littérature. L'équipe mobile, au travers d'interventions à domicile, facilite l'évaluation et l'accès aux soins des patients présentant un syndrome de Diogène.

Mots clés Syndrome de Diogène ; Sujets âgés ; Équipe mobile ; Démence ; Dépression

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

Pour en savoir plus

Clark A, Mankikar G, Gray I. The Diogene syndrome. A clinical study of gross self neglect in old age. *Lancet* 1975;15:366–8.

Hanon C, Pinquier C, Gaddour N, Saïd S, Mathis D, Pellerin J. Diogenes syndrome: a transnosographic approach. *Encephale* 2004;30(4):315–22.

Monfort JC, Hugonot-Diener L, Devouche E, Wong C, Péan I. Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. *Psychol Neuropsychiatr Vieillesse* 2010;2:141–53.

Reyes-Ortiz CA. Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. *Compr Ther* 2001;27:117–21.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.100>

P077

L'homicide pathologique : une expertise psychiatrique

R. Machane*, M.T. Benatmane, S. Benhabiles, K. Hammal, S. Sinaceur

CHU Mustapha, Alger, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : tayebenatmane@yahoo.fr (R. Machane)

L'homicide pathologique survient dans un contexte psychoaffectif morbide avec des motivations toujours affectives. Les impulsions au meurtre, les crimes immotivés restent un symptôme clinique de la plus haute importance. Elle évolue par accès revêtant un caractère mixte à la fois discordant et psychopathique. Entre les accès, l'existence d'un minimum de trouble et le sujet peut souvent mener une vie proche de la normale. Il s'agit de deux jeunes hommes de milieu différent ayant commis chacun un homicide sans aucun motif. Leur passage à l'acte est trop complexe pour n'être qu'un signe ou qu'un symptôme. Dans notre expertise, il est question de restituer une image la plus fidèle possible de notre compréhension de ce qui se joue sur la scène de la violence intime du sujet.

Mots clés Homicide ; Motivations ; Trouble ; Expertise

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.101>

P078

Le conseil local de santé mentale : exemple de démocratie sanitaire pour les territoires de santé

P. Guezennec*, J.-L. Roelandt
CCOMS/EPSM Lille Métropole, Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pguezennec@epsmlille-metropole.fr

(P. Guezennec)

La santé mentale ne se limite pas au seul champ de la psychiatrie, mais concerne autant tous les secteurs d'activité que la population générale elle-même.

Le champ des professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale est cloisonné et dispersé. Organiser des niveaux cohérents de prise en charge, permettre la compréhension des troubles psychiques, fluidifier les parcours, lutter contre la stigmatisation, voici l'enjeu des conseils locaux de santé mentale (Clsm), exemple de démocratie sanitaire de territoire. C'est en effet un lieu de concertation et de coordination co-construit entre les élus locaux, la psychiatrie publique, les usagers, les aidants et tous les services sanitaires et sociaux. L'objectif est de définir en commun des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.

La psychiatrie publique a un rôle essentiel mais pas unique, dans la participation pleine et active aux actions en faveur de la santé mentale des populations. C'est le changement de paradigme, passer des soins aux personnes aux actions de prévention pour un territoire pensé comme lieu de vie de citoyens. Le Clsm conduit les acteurs à penser une réponse collective aux problèmes de santé mentale, ce qui implique de :

- demander aux élus de piloter les actions pour leurs concitoyens ;
- faire participer tous les acteurs (soins, social, éducation...) aux orientations de la politique locale de santé mentale ;
- considérer l'hospitalisation comme une alternative aux soins dans la cité, en passant des services de psychiatrie publique hospitaliers, à des services territoriaux, organisant les soins au plus près des citoyens afin d'éviter les hospitalisations, par le déploiement systématique d'équipes mobiles et des hospitalisations à domicile ;
- renforcer les actions de santé communautaire en reconnaissant l'expertise des usagers et leur participation effective et concrète à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique de santé mentale.

Mots clés Coordination ; Territoire ; Politique ; Décloisonnement

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

Pour en savoir plus

El Ghazi L. « Santé mentale, un rôle clé pour les collectivités », *Revue La Gazette*, décembre 2008.

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 (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^e 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^{1,*}, L. Nohales², A. Colin³, D. Sebbane³

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

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

³ Pôle de psychiatrie, CHRU de Lille, Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexis.lepetit@chu-lyon.fr (A. Lepetit)

Introduction Le groupe de travail 3^e 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 (CNU) 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 CNU 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.