

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 ingérence ? 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 (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^{1,*}, I. Mouric²

¹ Centre hospitalier spécialisé, Blain, France

² Centre psychothérapique, Laxou, Nancy, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : 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

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

des pistes d'amélioration. L'étude a porté sur 102 ordonnances soit 149 motifs soulevés. Les motifs ont été classés en 9 groupes :

- les irrégularités médicales observées 29 fois, dont l'incompétence médicale, la non nécessité médicale ;
- les irrégularités administratives observées 22 fois dont les délégations de signatures irrégulières ;
- l'identification du signataire impossible, et l'absence de motivation des actes administratifs ;
- le défaut du contradictoire observé 48 fois qui inclut le défaut d'information du patient sur sa situation juridique, ses droits et les voies recours et le défaut de recueil des observations du patient ;
- le non-respect des délais pour les certificats médicaux, des décisions administratives, et de saisine du juge des libertés et de la détention et le délai de réponse de l'ordonnance du juge des libertés et de la détention observés 20 fois ;
- l'absence de documents observée 18 fois qui concerne l'absence de certificats médicaux et l'absence de documents transmis au greffe du juge des libertés et de la détention ;
- les défauts de procédure portant sur le tiers observés à 6 reprises ;
- l'absence d'information du mandataire judiciaire observée à 3 reprises ;
- l'absence d'examen somatique réalisé dans les 24 h observée à 2 reprises et la non-conformité du programme de soins observée à 1 fois.

La diminution des mains levées pour ces motifs apparaît indispensable dans l'intérêt de nos patients qui se retrouvent privés de soins en milieu hospitalier, et doit passer par une bonne connaissance de la loi par les différents protagonistes intervenants dans le processus de soins psychiatriques sans consentement.

Mots clés Loi 5 juillet 2011 ; Soins psychiatriques sans consentement ; Hospitalisation sans consentement ; Mains levées judiciaire

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

Pour en savoir plus

Pascal JC, Jonas C. Consentement et contraintes dans les soins en psychiatrie. Chapitre 2, p. 25.

E. Pechillon, Hospitalisation jugée illégale et indemnisation des préjudices subis. *Revue Santé mentale* 2015(196):10.

Panfili JM. L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : analyse de la jurisprudence depuis la loi du 5 juillet 2011, *Droit, Déontologie et soin*, 2014 vol. 14, n° 3:370–83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.278>

P089

Enquête de fonctionnement des services d'hospitalisation à domicile psychiatriques en France en 2015

A. Pham-Van*, N. Navarro, A. Saint-Antonin, P. Guillard, F. Olivier

Centre hospitalier de Montauban, Montauban, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anais.phamvan@gmail.com (A. Pham-Van)

Le nombre de lits consacrés à l'hospitalisation à domicile (HAD) est en constante évolution ces dernières années. L'HAD en psychiatrie a pour mission de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter ou remplacer l'hospitalisation classique. Il n'existe, à notre connaissance, pas de données centralisées concernant les différents services d'HAD psychiatrique en France. Notre communication présente les résultats d'une enquête téléphonique, réalisée à partir du service d'HAD psychiatrique du centre hospitalier de Montauban (82). Elle décrit les principaux indicateurs de fonctionnement des différents HAD psychiatriques, contactées, présentes sur le territoire national en 2015. Les indicateurs étudiés sont : l'année de création de la structure, le nombre de place d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour, les pathologies principales, la file active

moyenne, les critères d'exclusion, la procédure d'activation, la composition des équipes, la couverture horaire et le rayon d'action géographique. Les résultats sont analysés à la recherche de facteurs d'homogénéité ou de disparité.

Mots clés HAD ; Indicateurs ; Fonctionnement ; France ; 2015

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.279>

P090

Folie à famille : à propos d'un cas

F. Fekih-Romdhane*, M. Cheour, W. Cherif, L. Chennoufi

Hôpital Razi, La Manouba, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Feten@doctor.com (F. Fekih-Romdhane)

Introduction Les contagions psychiques induites par les liens, ou « folie à deux », a passionné des générations d'aliénistes. C'est une entité clinique considérée comme rare. Elle met en jeu, non pas un, mais deux ou plusieurs personnes qui ont une relation proche. Rarement tous les membres de la famille partagent les mêmes illusions et ceci est appelé folie à famille. Nous proposons à travers ce travail de présenter un cas de cette pathologie rare, et d'analyser le cas à travers une illustration des données de la littérature.

Observation Les frères S et Y ainsi que la sœur S sont de mêmes parents biologiques, tous célibataires, orphelins de mère depuis quatre ans et vivant ensemble avec le père depuis longtemps dans un isolement social relatif, en milieu rural au Nord-Ouest de la Tunisie. Le frère « inducteur » a été atteint de schizophrénie paranoïde avec délire de persécution qui a été imposé et plus tard partagé par les autres membres de la famille. En effet, Monsieur S. a clairement exprimé un délire interprétatif et hallucinatoire, à thématique persécutive prédominante, selon lequel il existerait un complot à grande échelle à son encontre. Puis, tous les membres de la famille devenaient aussi visés : ils seraient poursuivis par des personnes inconnues ayant un pouvoir politique, voulant nuire à monsieur S à travers sa fratrie. Au fil du temps, tous les proches, les voisins, ainsi que les agents de l'ordre sont devenus « persécuteurs ».

Conclusion Le cas que nous rapportons illustre la complexité de la folie à famille, la gravité de ses conséquences comportementales, ainsi que le dysfonctionnement psychosocial qui en résulte. Les délires partagés, notamment la folie à famille, offrent l'opportunité unique d'examiner les rôles respectifs des facteurs de risque génétiques et environnementaux dans le développement des troubles psychotiques.

Mots clés Folie à deux ; Délires induits ; Fratrie ; Schizophrénie

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

Pour en savoir plus

Ohnuma T, Arai H. Genetic or Psychogenic? A Case Study of "Folie à Quatre" Including Twins. *Case Rep Psychiatry*. 2015;2015:983212.

Srivastava A, Borkar HA. Folie a famille. *Indian J Psychiatry* 2010;52(1):69–70.

Daniel E, Srinivasan TN. Folie a Famille: delusional parasitosis affecting all the members of a family. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70(5):296–7.

Wehmeier P, Barth N, Remschmidt H. Induced delusional disorder. a review of the concept and an unusual case of folie à famille. *Psychopathology* 2003;36(1):37–45.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.280>

P091

Le profil des terroristes suicidaires

M. Cheour*, F. Fekih-Romdhane, L. Chennoufi

Hôpital Razi, La Manouba, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Feten.fekih@gmail.com (M. Cheour)