

sous la direction de Marc Masson. Paris Armand Colin: 2013, p. 265–267].

- [3] Lempérière T, Luauté J-P, Garrabé J. Dictionnaire biographique Louis-Victor Marcé (1828–1864). *Ann Med Psychol* 2010;168:170–8.
- [4] Luauté J-P, Lempérière T, Arnaud P. Death of an alienist: Louis-Victor Marcé's final year. *History of Psychiatry* 2014;25(3):265–72.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.095>

## Posters

### P072

#### Devenir d'une population rencontrée par une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) à 3 ans

C. Alezrah\*, E. Dusacq, S. Thiebaut, L. Camodeca, J. Benayed  
Centre hospitalier Léon - Jean-Grégoire, 66300 Thuir, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [charles.alezrah@ch-thuir.fr](mailto:charles.alezrah@ch-thuir.fr) (C. Alezrah)

Les EMPP existent officiellement depuis 2005 [1] afin de faciliter l'accès aux soins aux personnes en situation de précarité. À Perpignan, le Module d'Accueil et d'Orientation (MAO) a été créé dès 1998 dans ce même objectif, et accueille, depuis, un nombre croissant de patients chaque année [2]. Le MAO a pour vocation d'orienter les usagers, en fonction de l'évaluation initiale, vers des soins adaptés si possible dans le dispositif de droit commun [3]. Afin d'évaluer ce travail, nous nous sommes posé la question du devenir des patients accueillis en 2010, en terme de continuité des soins à 3 ans.

En 2010, la file active du MAO comptait 374 patients; 28% des patients avaient une problématique addictive, 23% un trouble de la personnalité, 18% un trouble de l'humeur, 16% un trouble névrotique et/ou lié à un facteur de stress et 13% souffraient de schizophrénie. Plusieurs diagnostics pouvaient être associés. Suite à la prise en charge par le MAO, 45% des patients ont été orientés vers d'autres structures, dont un quart vers un centre médico-psychologique (CMP), 15% vers une prise en charge en addictologie, 11% vers un médecin généraliste, 9% vers des associations et 9% vers un suivi en psychiatrie libérale. Trois ans plus tard, sur ces 168 patients orientés, on note la persistance d'une inscription dans les soins pour 63% d'entre eux. La répartition des diagnostics des patients ayant honoré un suivi est sensiblement identique à celle des patients initialement accueillis.

L'évaluation du devenir de la population accueillie sur le MAO à trois ans nous permet de confirmer l'importance d'un travail de proximité dans le champ de la précarité car cela permet, au-delà du dépistage, d'inscrire ou de réinscrire un nombre important de patients dans des soins sur une certaine durée.

**Mots clés** EMPP ; Précarité ; Diagnostic ; Devenir ; Évaluation ; Psychiatrie

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

#### Références

- [1] Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé 2006;1:97–100.
- [2] Alezrah C. Bilan des équipes mobiles psychiatrie précarité 8 ans après la circulaire du 23 novembre 2005. *Eur Psychiatry* 2013;28S:74–5.

- [3] Alezrah C, et al. Psychotiques et sans abri, quelles réponses ? *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 2002;54:73–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.096>

### P073

#### Analyse de certificats de décès de patients souffrant de maladie mentale

E. Cambier\*, C.L. Charrel, L. Plancke

Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et santé mentale Nord – Pas-de-Calais, Lille, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [contact.f2rsm@santementale5962.com](mailto:contact.f2rsm@santementale5962.com)

(E. Cambier)

**Introduction** De nombreuses études ont montré que la mortalité chez les patients souffrant de maladies mentales est 2 à 6 fois plus élevée qu'en population générale [1] et que l'espérance de vie est diminuée de 15 à 20 ans [2–4].

**Méthodologie** L'objectif de cette étude consiste à comparer les causes de décès et les comorbidités, à partir de certificats de décès, d'une cohorte de patients souffrant de maladies mentales ayant été hospitalisés dans un établissement public en santé mentale à celles de la population générale d'une même région sur une période déterminée [5].

**Résultats** Quatre cent soixante-treize certificats de décès d'une cohorte de patients souffrant de maladies mentales, hospitalisés dans un établissement public en santé mentale, dans le département du nord, ont été analysés entre 2004 et 2011. L'âge moyen de décès retrouvé est de 54,6 ans ( $\pm 15,6$ ). L'indice comparatif de mortalité (ICM) est de 389 (356–426) pour toutes causes de décès. La surmortalité des patients est observée pour tous types de cause. Pour les causes naturelles, les décès par pathologies pulmonaires sont 3 fois plus élevées (ICM = 323[208–501]) et ceux par pathologies cardiovasculaires, 2 fois plus élevées (ICM = 213[163–277]). Le nombre de comorbidités varie entre 3 et 4 pour 50% des certificats de décès.

**Conclusion** Il s'agit d'une étude fiable et reproductible, utilisant une méthodologie originale. Cette étude met en évidence, chez les patients souffrant de maladies mentales, un âge prématuré de mortalité. Les causes de mortalité sont les mêmes chez les patients qu'en population générale mais avec une fréquence plus élevée. On relève autant de comorbidités sur les certificats de décès de patients qu'en population générale, mais survenant à des âges beaucoup plus précoces chez les patients. Ces résultats soulèvent la question de la qualité du suivi somatique de ces patients.

**Mots clés** Maladie mentale ; Excès de mortalité ; Causes de décès ; Comorbidité

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

#### Références

- [1] Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11–53.
- [2] Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011;199(6):453–8.
- [3] Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* 2013;8(1):e55176.
- [4] Charrel CL, Plancke L, Genin M, Defromont L, Ducrocq F, Vaiva G, Danel T. Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the north of France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014.

[5] INSEE. Évolution de l'espérance de vie à divers âges. [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon02229](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.097>

**P074**

### Les réhospitalisations psychiatriques. Qui ? Quand ? Comment ? Les enseignements du RimP

P.L. Plancke

Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Nord – Pas-de-Calais, Lille, France

Adresse e-mail : [laurent.plancke@santementale5962.com](mailto:laurent.plancke@santementale5962.com)

La période précédant la 2<sup>e</sup> guerre mondiale a vu le nombre de patients psychiatriques croître, du fait de l'augmentation des durées de séjour; après la période particulièrement dramatique de la guerre, s'est développé un fort mouvement de désinstitutionalisation, qui a donné lieu en France, en 1960, à l'invention du secteur de psychiatrie et à une approche communautaire fixant au centre médico-psychologique un rôle central, de primo-accueil, d'évaluation et d'orientation. La fermeture d'un grand nombre de lits à temps complet, le développement des alternatives à l'hospitalisation et le raccourcissement des durées de séjour, qui ont été divisées par 3,7 entre 1980 (106 journées) et 2011 (29 journées), marquent cette nouvelle période, où les réhospitalisations sont devenues plus nombreuses que les primo-hospitalisations.

Nous avons utilisé les données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RimP) pour étudier les séjours en hospitalisation psychiatrique complète des habitants du Nord – Pas-de-Calais en 2011 et 2012, apprécier la part des réhospitalisations durant la période et décrire leurs bénéficiaires. Sur 21 784 personnes ayant connu une hospitalisation psychiatrique complète en 2011, on enregistre des taux de réhospitalisation, à 3 mois de 22%, à 6 mois de 33% et à 12 mois de 43%. Parmi ces personnes réhospitalisées dans l'année qui suit le premier séjour, 51% le sont 1 fois, 22% 2 fois, 11% 3 fois, 6% 4 fois et 11% 5 fois et plus.

À 12 mois, les taux sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, beaucoup plus élevés chez les personnes ayant connu au moins une hospitalisation contrainte et varient inversement à l'âge : de 54,8% chez les moins de 10 ans à 37,2% chez les 80 ans et plus. D'importantes variations sont également enregistrées selon les secteurs de psychiatrie (rapport 9<sup>e</sup>/1<sup>er</sup> décile = 1,39) et, plus encore, selon les établissements d'hospitalisation (rapport 9<sup>e</sup>/1<sup>er</sup> décile = 2,32). Moins de 40% de réhospitalisation à 12 mois sont enregistrés chez les patients présentant un diagnostic en F4 et en F3 ; de 40 à 49% pour les diagnostics F1, F5, et F6 ; de 50 à 60% pour les diagnostics F2 ; de 70% enfin pour les patients diagnostiqués F8. Une régression logistique (modèle de Cox) fait également apparaître le rôle important du secteur (service) d'hospitalisation : toutes choses étant égales par ailleurs, le risque de réhospitalisation est significativement inférieur – de 1,4 à 1,6 fois moins – dans 3 secteurs de psychiatrie adulte sur les 60 de la région Nord – Pas-de-Calais, alors que pour 11 autres, il est significativement supérieur – de 1,3 à 2,3 fois plus.

Notre étude confirme la grande fréquence des réhospitalisations, mais aussi la variabilité de leurs taux, selon les variables étudiées. Elle ne permet pas cependant d'apprécier la valeur de ces nouveaux séjours hospitaliers : indispensables et prévisibles ou fâcheux et marqueurs d'une décompensation.

**Mots clés** Hospitalisation ; Réhospitalisation

**Déclaration d'intérêts** L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.  
**Pour en savoir plus**

Chapireau F. L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XX<sup>e</sup> siècle, in Coldefy M. (dir.) La prise en charge de la santé mentale, La documentation française, 2007, pp. 127–143.

Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences, *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 180 - octobre 2012.

Pariente P, Labarte S, Menard F, Marcel E. Facteurs associés à la durée de séjour dans un établissement de santé en psychiatrie. *Prat Organ Soins* 2006;37(3):215–25.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.098>

**P075**

### Vingt et une recommandations en faveur de l'empowerment des usagers et aidants en santé mentale

S. Vasseur-Bacle\*, A. Vaglio, F. Rafael, J.-L. Roelandt  
CCOMS (Lille, France), Lille, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr](mailto:svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr) (S. Vasseur-Bacle)

Les 30 et 31 janvier 2014, les 4<sup>es</sup> Rencontres internationales du centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille (CCOMS, Lille, France) ont permis d'énoncer de nouvelles orientations en faveur de l'empowerment des usagers et des aidants en santé mentale (site du CCOMS : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org>). Deux chantiers ont été initiés dans le cadre de ce congrès : la construction avec l'ensemble des partenaires intéressés d'un questionnaire basé sur des indicateurs d'empowerment, d'une part, et l'écriture commune d'une série de recommandations en faveur de l'empowerment des usagers et aidants en santé mentale, d'autre part.

Des recommandations ont été proposées par les participants à toutes les étapes du congrès, depuis sa préparation (via les nombreuses propositions de communication reçues ou par les conseils scientifiques) jusqu'aux séances plénières et ateliers, en passant par les réponses au questionnaire en ligne. Au total, plus de 200 recommandations ont été recueillies. Un premier travail de regroupement et de synthèse a permis d'identifier 21 pistes de travail, regroupées en trois catégories :

- défense des droits fondamentaux ;
- participation à l'organisation et l'évaluation des soins ;
- information et communication.

Cette communication présentera la genèse du projet conjoint de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la commission européenne (CE) sur l'empowerment des usagers et aidants en santé mentale, les 21 recommandations issues du congrès ainsi que les exemples internationaux de bonnes pratiques les illustrant.

Les perspectives envisagées afin de développer ce projet européen seront également détaillées.

**Mots clés** Empowerment ; Santé mentale ; Recommandations ; Bonnes pratiques ; Réseau européen

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

**Pour en savoir plus**

Vasseur-Bacle S et al. 21 recommandations en faveur de l'empowerment des usagers et aidants en santé mentale – Rapport des 4<sup>es</sup> Rencontres internationales du CCOMS. 2014 [À paraître]. European Pact for Mental Health and Well-being. Brussels, European Commission, 2008 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact.en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact.en.pdf)).

User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe, 2010, World Health Organization. ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/113834/E93430.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf)).

Daumerie N. L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques. *La Santé de l'homme (INPES)* 2011;413:8–11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.099>