

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 (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