

ces résultats alimentent nos connaissances sur les liens existant entre un individu et son habitat et de l'incidence de ce dernier dans le vécu traumatique lié à une inondation. Cette étude soulève la perspective de recherches spécifiques portant sur l'articulation entre le style d'attachement des individus et celui concernant leur habitat. Ces éléments pourraient être explorés également à travers d'autres événements traumatiques touchant l'habitat ; susceptibles d'améliorer, d'une part, notre compréhension du trauma dans des situations spécifiques, et d'autre part de mettre en évidence des données complémentaires concernant l'attachement à l'habitat.

Pour en savoir plus

Cherifi Z. Du traumatisme au lien psychique. *Prat Psychol* 2008;14(4):471–480. doi:10.1016/j.prps.2008.02.001.

Guillaumont C, Ligier K, Zielinski O, Trugeon A, Duval A, Cauwet, F et al. Enquête santé chez les inondés de la Somme au printemps 2001. Deux ans après, 2003.

Oswald F, Wahl HW. Dimensions of the meaning of home. In: *Home and Identity in late life: international perspectives*. New York: Springer, 2005, p. 21–45.

Serfaty-Garzon P. Le Chez-soi : habitat et intimité. In: *Dictionnaire critique de l'habitat et du logement*. Armand Colin: Paris, 2003, p. 65–69.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.221>

P86

Une expérience d'équipe mobile en psychiatrie générale

C. Alezrah, M. Fraigneau, Y. Verger, C. Palix, C. Girod

Centre hospitalier Léon-Jean-Grégory, 66300 Thuir, France

Mots clés : Équipe mobile ; Psychiatrie générale ; CMP ; Sectorisation ; Évaluation psychiatrique ; Communauté

L'Équipe Mobile d'Argelès Psychiatrique (EMAP) a vu le jour le 1^{er} septembre 2011. Elle a été financée dans un cadre expérimental, par l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon. Le projet s'inscrivait dans les travaux du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) d'Argelès-sur-Mer (66700). Il faisait suite à plusieurs constats. Pour de multiples raisons, et notamment du fait de l'augmentation considérable des soins ambulatoires, le nombre des visites à domicile a régulièrement diminué ces dernières années et s'est progressivement recentré sur le suivi de patients connus. D'autre part, il existe un nombre d'hospitalisation d'office historiquement bien plus élevé dans les Pyrénées Orientales que la moyenne nationale (88 hospitalisations d'office pour 100 000 habitants âgés de 20 ans et plus dans les PO contre 25 pour 100 000 habitants au niveau national en 2007. Ce nombre était de 83 pour notre secteur géographique). Les représentants des usagers et des familles étaient très en demande d'interventions rapides dans la communauté. Cette attente faisait écho à celle d'un grand nombre des partenaires du réseau sanitaire (médecins généralistes) mais également social ou médicosocial pour évaluer certaines situations orientées par défaut vers le service des urgences psychiatriques au centre hospitalier de Perpignan. Malgré les efforts de communication et d'information entrepris de longue date, il était noté, dans la pratique quotidienne, l'insuffisance des liens avec les services municipaux, la police, la gendarmerie, les pompiers et parfois les services sociaux pour prévenir les situations de crise. Enfin, l'existence d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité rattachée au service depuis une quinzaine d'années permettait de s'appuyer sur une expérience déjà solide. Par opposition à notre EMPP qui est intersectorielle, l'EMAP s'est inscrite d'emblée dans une dimension sectorielle, rattachée à part entière à un CMP desservant un territoire de 40 000 habitants. Il s'agit d'une équipe rapidement mobilisable, à la demande des patients, des familles ou des différents partenaires du champ médical, social et judiciaire pour anticiper et évaluer les situations de crise de nature psychi-

atrique. Au-delà de l'évaluation, elle organise, si besoin, les soins de la manière la plus adaptée. Cette équipe spécialisée, pluridisciplinaire, va :

- développer les relations de réseau entre des acteurs pouvant recevoir les mêmes publics mais se connaissant peu ;
- intervenir sur signalement pour évaluer les situations de crise susceptibles de relever de réponses psychiatriques ou, ce qui est préférable, pouvant les anticiper.

L'expérience des deux premières années de fonctionnement permet de retenir un bilan intéressant, notamment la diminution très sensible des hospitalisations en SDRE sur l'aire géographique desservie et une complémentarité naturelle avec l'activité de CMP classique. Ce bilan sera détaillé dans cette publication.

Pour en savoir plus

Alezrah C. De l'accès aux soins à la prise en charge en psychiatrie : quelle continuité ? Quelle durée ? *Cah Henri Ey* 2013;31–32;167–76.

Alezrah C. Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty. *Info Psychiatr* 2009;85:6.

Stylianidis S, Pantélidou S, Chondros P. Unités mobiles de santé mentale dans les cyclades. *Info Psychiatr* 2007;83:8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.222>

P87

Pratique et indication des outils de soins en réhabilitation psychosociale

C. Launay, B. Garnier

Unité de soins psychosociaux du secteur 17, centre référent en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale (C3RP), centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

Mots clés : Réhabilitation psychosociale ; Handicap psychique ; Remédiation cognitive

Le handicap psychique, à l'origine des difficultés d'insertion ou d'autonomie des patients atteints de trouble schizophréniques recouvre, en se surajoutant aux symptômes classiques de la maladie, plusieurs dimensions comme les troubles cognitifs (troubles de l'attention, de la mémoire et de flexibilité mentale), les troubles de la communication, les troubles de la cognition sociale, le défaut d'insight, . . . L'engagement des soins dans le cadre de la réhabilitation psychosociale implique la mise en place d'un dispositif de soins qui fait appel aux nouvelles techniques développées ces dernières années répondant de façon spécifique aux différentes dimensions du handicap psychique. Ainsi, nous disposons en France maintenant de plusieurs programmes dont plusieurs ont été validés comme :

- pour les troubles cognitifs : les programmes RECOS et CRT ;
- pour les troubles de la communication : le programme IPT ;
- pour les troubles de la cognition sociale : le programme ToM Remed, Mickaël's game, entraînement métacognitif ;
- pour le défaut d'insight : les modules de Libermann ;
- pour les famille ou les proches : le programme Profamille.

Le déroulement de la prise en charge du patient nécessite une première étape d'évaluation approfondie de ses besoins, de ses ressources, de ses capacités (cognitives et autres), de son état clinique, de son autonomie au quotidien. Les soins mis en place seront choisis en fonction de cette évaluation et du projet personnel du patient (comme l'insertion dans un logement indépendant, la reprise d'étude ou d'un travail, . . .). Régulièrement, en fonction de l'évolution de la personne, le dispositif de soins sera réaménagé. Nous développerons l'intérêt lié à la mise en pratique de ces dispositifs dans le cadre spécifique d'une hospitalisation de jour et avec un objectif privilégié de l'intégration en ESAT.

Pour en savoir plus

Franck N, Amado I, Kazes M et al. Thérapie de remédiation cognitive : traduction et adaptation du manuel CRT « Cognitive

Remediation Therapy » rédigé par A. Delahunty, C. Reeder, T. Wykes, R. Morice et E. Newton. MB diffusion edition, Paris, 2010.

Pomini V, Neiss L, Brenner H et al. Thérapies psychologiques des schizophrénies, Mardaga éditeurs, Sprimont, B. 1998.

Vianin P. Remédiation cognitive de la schizophrénie. Présentation du programme Recos. *Ann Med Psychol* 2007;165:200–205.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.223>

P88

La personne de confiance en psychiatrie : de l'accompagnement au consentement (à l'occasion de la mise en place des directives anticipées)

M.-N. Vacheron, A. Viala

Secteur 75G13, centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

Mots clés : Personne de confiance ; Accompagnement ; Consultation ; Consentement ; Directives anticipées

La notion de personne de confiance apparaît pour la première fois dans le Code de Santé Publique dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 (art L 1111-6 CSP) relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, réclamée par les familles et les associations ; elle est conçue pour permettre au patient de se faire accompagner dans une démarche de soins, mais aussi comme une aide à la décision médicale ou à la participation à un protocole de recherche biomédicale. Elle a été successivement renforcée par les lois sur la bioéthique de 2004, puis sur la fin de vie en 2005, (puis en matière d'incapacité en 2007), et enfin plus récemment à l'occasion de la loi du 5 juillet 2011. Son rôle a ainsi évolué de l'accompagnement à la consultation puis au consentement. La personne de confiance doit être distinguée des « proches », de « la personne à prévenir », de « la tierce personne » et même du « tiers », alors même qu'il peut s'agir d'un parent, d'un proche ou du médecin traitant. . . La désignation est faite par écrit, la personne de confiance peut être différente d'une période à l'autre et même d'une situation médicale à l'autre, le patient ayant une liberté totale pour décider, et la désignation étant « révocable à tout moment ». Le législateur a voulu d'emblée que le concept en soit large, mais des éléments de confusion, de méfiance, de non-information, ont pu participer au fait qu'elle soit encore peu utilisée ou sous-utilisée, en tout cas en psychiatrie. La perspective d'adapter les procédures de directives anticipées aux modalités d'hospitalisation ou de réhospitalisation pour soins psychiatriques pourrait amener à réactualiser le rôle de la personne de confiance et à envisager une information tant des soignants que des patients et des personnes susceptibles d'être désignées.

Pour en savoir plus

Ferrand E, Pham T. Personne de confiance pour les patients hospitalisés. *Presse Med* 2012;41:730–735.

Hazif-Thomas C, Thomas P. Décision médicale, respect du patient et personne de confiance. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 2009;12(3):21–24.

Maitre E, Debien C, Nicaise P et al. Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *Encephale* 2013 [Disponible en ligne].

Manaouil C. Vers un rôle de plus en plus croissant de la personne de confiance ? *Droit Deontol Soins* 2011;288–297.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.224>

P89

PSYDOM : unité de soins psychiatriques à domicile

C. Germain, Q. Thompson, B. Garnier

Secteur 17, centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

Mots clés : Soins psychiatriques à domicile ; Soins ambulatoires ; PSYDOM

Une unité de soins psychiatriques a été mise en place dans le 16^e arrondissement de Paris en janvier 2013. Elle est rattachée au pôle 16^e arrondissement de l'hôpital Sainte-Anne. Cette structure s'adresse aux patients résidant à Paris dans le 16^e arrondissement et est une alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer des soins psychiatriques médicaux et paramédicaux au domicile. La durée du suivi est fixée au début de la prise en charge et un projet de soin est établi avec le patient. L'admission du patient est prononcée par les psychiatres coordonnateurs sur proposition du psychiatre référent du patient. L'équipe soignante de PSYDOM est composée de deux psychiatres, cinq infirmières et une cadre sous la responsabilité du chef de service. Les membres de cette équipe travaillent tous dans cette unité à temps partiel. Cette nouvelle structure permet de recevoir des patients en phase de stabilisation, sortant d'une hospitalisation ou bien des patients en phase d'acutisation de leur pathologie, suivis au CMP, ne souhaitant pas être hospitalisés ou encore des patients adressés par le service d'accueil et d'urgence de l'hôpital Ambroise-Paré (AP-HP) de Boulogne (92). Les patients pris en charge bénéficient d'un projet thérapeutique individualisé et d'un contrat de soin. Ils sont favorables à ce mode de suivi ambulatoire. Depuis l'ouverture de la structure, 23 patients ont été pris en charge, 20 femmes et 3 hommes. Cent quatre-vingt-quatre VAD infirmières et 51 VAD infirmières + psychiatre ont été réalisées. Nous proposons dans notre poster d'exposer notre mode de travail et notre bilan sur six mois de fonctionnement.

Pour en savoir plus

Rosetti R, Sakh D, Ramond R, Sohno-Berat S. Enquête sur le mode de fonctionnement et l'activité d'hospitalisation à domicile d'un secteur psychiatrique de la Seine-Saint-Denis. *Ann Med Psychol* 2003;161:478–484.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.225>

P90

Contextualizing one's life in the micro- and macrosystem of society in narrated life stories

C. Köber, T. Habermas

Goethe Universität, Frankfurt, Germany

Keywords : Life story; Autobiographical memory; Contextualization; Social identity; History

Human development happens in nested sociological contexts [1,2]. With social-cognitive development, individuals become aware of their embeddedness in increasingly wider social contexts. As these contexts have a certain impact on one's life course, positioning in these contexts should occur in personal narratives. We tested whether this was reflected in life stories. In a longitudinal study with 3 measurement times covering 8 years and 6 age groups spanning life from age 8 to 70, we coded the occurrence of 4 different kinds of socio-historical contextualization of narrators' lives according to Bronfenbrenner's ecological systems theory: family constellation implying one's microsystem, family history presenting the mesosystem, socioeconomic status referring to one's exosystem, and historical context representing the macrosystem. Contextualizations were coded in the initial parts of life narratives to check whether narrators put themselves retrospectively as infants in their early sociological context. Increasing percentage of the contextualizations indicate the development of an awareness of the individual belonging to society. Individuals' awareness about their social context seems indeed to get increasingly wider throughout development according to Bronfenbrenner's social subsystems.

Références

[1] Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. In: Gauvain M, Cole M, editors. Readings on the development of children. 2nd ed. NY: Freeman; 1994. p. 37–43.