

- [2] Berger-Vergiat A, Chauvelin L, Van Effenterre A. Souhaits de pratique des internes de psychiatrie : résultats d'une enquête nationale. *Encephale* 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.104>

## P081

### Poids de l'évolution des représentations sur les stratégies d'adaptation des patients et des familles confrontées au trouble bipolaire

K. M'Bailara<sup>1,\*</sup>, S. Gard<sup>2</sup>, E. Rouan<sup>3</sup>, M. Chive<sup>2</sup>, L. Zanouy<sup>2</sup>, I. Minois<sup>2</sup>, M. Bouteloux<sup>2</sup>, A. Jutant<sup>2</sup>, A. Desage<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Université de Bordeaux, Bordeaux, France

<sup>2</sup> Fondation FondaMental, centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux, France

<sup>3</sup> Université Paris 8, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [katia.mbailara@u-bordeaux.fr](mailto:katia.mbailara@u-bordeaux.fr) (K. M'Bailara)

Vivre au quotidien avec un trouble bipolaire ou vivre avec un patient atteint d'un trouble bipolaire génère un stress familial intense [1]. Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et le développement parallèle de l'éducation thérapeutique du patient proposent 3 axes prioritaires de prise en charge des aidants familiaux : l'information sur le trouble, l'aide dans la gestion du trouble au quotidien et le soutien psychologique. Dans ce contexte, les programmes de psychoéducation familiale constituent un dispositif pertinent pour répondre à la question complexe de la place des familles dans la prise en charge : comment inclure les aidants dans le soin tout en leur garantissant de ne pas devenir des soignants [2] ? Des nombreuses études ont pointé le bénéfice d'une telle prise en charge sur l'évolution de la pathologie [3,4]. Ainsi dans le cas des troubles bipolaires, la psychoéducation a un impact sur le nombre d'épisodes dépressifs et maniaques, sur leur durée et leur intensité. À l'heure actuelle peu de travaux nous renseignent sur les mécanismes qui permettent une telle amélioration et en particulier sur les processus favorisant les modifications de stratégies des personnes dans la gestion du trouble bipolaires. Un des leviers essentiel à évaluer concerne la représentation de la maladie. En effet, l'éducation thérapeutique place d'emblée la personne au cœur du dispositif en s'appuyant sur ses connaissances et sa représentation de la maladie et ne peut se réduire à l'instruction. Notre objectif est donc d'évaluer le poids de l'évolution des représentations sur les stratégies d'adaptation des patients et des familles confrontées au trouble bipolaire. Cette étude a été effectuée auprès de patients ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaires et de leur famille pris en charge dans un programme de psychoéducation de 12 séances (sur 6 mois). Nos résultats offrent des pistes de compréhension des processus en jeu au cours d'une psychoéducation multifamiliale.

**Mots clés** Soignants et proches-aidants ; Éducation thérapeutique ; Troubles bipolaires ; Représentation de la maladie

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

#### Références

- [1] M'bailara K, Gay C. Famille et troubles bipolaires. In: Bourgeois ML, et al., editors. *Les troubles bipolaires*. Lavoisier Éditions; 2014. p. 541–50.
- [2] M'bailara K, Henry C. Psycho-éducation multifamiliale et troubles bipolaires. In: Cook-Darzens S, editor. *Thérapies multifamiliales*, chapitre 5. Collection Erès; 2007.
- [3] Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(4):402–7.
- [4] Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, et al. Group psychoeducation for stabilised

bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009;194(3):260–5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.105>

## P082

### L'activité des psychiatres libéraux en 2013 : une description à partir des bases médico-administratives

F. Garry\*, A. Cuerq, M.-C. Lenormand, G. Debeugny  
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [florence.garry@cnamts.fr](mailto:florence.garry@cnamts.fr) (F. Garry)

**Introduction** Dans le cadre de travaux sur la prise en charge de la dépression et des troubles anxieux, la CNAMTS s'est intéressée à l'activité des psychiatres libéraux.

**Méthode** À partir des bases médico-administratives nationales de l'assurance maladie (SNIIRAM), l'activité et la patientèle des psychiatres ont été analysées en 2013.

**Résultats** Quatorze mille trois cent psychiatres exerçaient en France en 2013, dont 8000 salariés et 6300 libéraux. Ces derniers étaient en majorité des hommes (60%) à la moyenne d'âge élevée (57 ans), les 2/3 exerçant en secteur 1. Les disparités de répartition sur le territoire sont relativement importantes avec des densités élevées dans les grands centres urbains et dans le sud de la France. Ces déséquilibres ne sont pas sans conséquence sur l'activité des psychiatres. En 2013, les psychiatres libéraux ont assuré 14,5 millions de consultations pour 1,8 millions de patients (tous régimes, France entière). Parmi ces consultations libérales, on dénombrait un nombre important d'« honoraires de surveillance » réalisés en clinique (2,6 millions), mais peu de « consultations d'urgence » (12 300) réalisées à la demande du médecin généraliste par les psychiatres libéraux. La moitié des psychiatres libéraux ont réalisé 23% de l'ensemble des consultations, alors que les 20% les plus actifs en réalisaient 48%. Peu de patients (4%) ont nécessité plus de 40 consultations dans l'année, mais ces consultations fréquentes représentaient 27% de l'activité des psychiatres libéraux. Les consultations ponctuelles (une ou deux consultations par patient) visant probablement à poser un diagnostic ou faire le bilan de prise en charge représentaient un tiers de la patientèle mais 4% de l'activité.

**Discussion** La disponibilité en psychiatres libéraux est très variable sur le territoire. Un effectif modéré de psychiatres assure une part importante de l'activité libérale. Un effectif très modéré de patients bénéficie très fréquemment de cette activité libérale.

**Mots clés** Psychiatrie ; Bases de données médico-administratives ; SNIIRAM

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

**Pour en savoir plus**

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015, <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/index.php>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.106>

## P083

### Implication des usagers et des aidants dans le développement de la classification des troubles mentaux et du comportement, CIM-11

M. Marsili<sup>1,\*</sup>, A.-C. Stona<sup>1</sup>, D. Sebbane<sup>1</sup>, M. Laporta<sup>2</sup>, J.-L. Roelandt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale, EPSM Lille métropole, Hellemmes, France

<sup>2</sup> CCOMS, Université de McGill, Montréal, Canada

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [mmarsili@epsm-lille-metropole.fr](mailto:mmarsili@epsm-lille-metropole.fr) (M. Marsili)

**Contexte** L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a inscrit la participation de tous les acteurs concernés par la classification internationale des maladies (CIM) dans son processus de révision. L'implication des usagers et des aidants jusque-là partielle, est de plus en plus importante et implique une nouvelle méthodologie de révision où leurs rôles ne soient pas annexes mais essentiels, tout en respectant le cadre contraint de la révision. Des travaux préliminaires menés à Lille et à Montréal ont souligné l'importance de travailler avec les usagers et aidants sur les lignes directrices de la CIM et sur l'intégration d'éléments contextuels à la classification.

**Objectifs** – Garantir la participation des usagers et aidants au processus de révision de la CIM.

– Intégrer des éléments contextuels à la classification.

– Proposer des recommandations à l'OMS permettant d'aboutir à une classification des troubles mentaux et du comportement compréhensible et acceptable par toutes les parties prenantes.

**Méthode** Étude internationale, formative et participative, multicentrique, conduite auprès des usagers, des aidants et des professionnels volontaires entre 2014 et 2015. Axes :

– intégration d'éléments contextuels dans la classification des troubles mentaux et du comportement ;

– relecture de la classification sur le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques primaires.

Recueil des données : utilisation d'une triangulation de méthodes :

– réunions de travail et focus groupes ;

– analyse de documents ;

– questionnaire électronique.

**Analyse des données** Réalisation d'une analyse statistique, d'une analyse de contenu, et création de cartes mentales

**Résultats attendus** Des recommandations claires et précises pour l'OMS seront élaborées à l'issue de ce projet. Celles-ci devront permettre d'aboutir à une classification des troubles mentaux et du comportement compréhensible et acceptable par toutes les parties prenantes, et sur le long-terme moins stigmatisante pour les usagers et aidants.

**Mots clés** Santé mentale ; Classification internationale des maladies ; Trouble des conduites alimentaires ; Culture

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

*Pour en savoir plus*

International Advisory Group for the revision of the ICD-10 mental and behavioral disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86–92.

Reed GM, Daumerie N, Marsili M, Desmons P, Lovell A, Garcin V, et al. Développement de la CIM-11 de l'OMS dans les pays francophones. *L'information psychiatrique* 2013;89:303–9.

Uher R, Rutter M. Classification of eating and feeding disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80–92.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.107>

## P084

### Prise en charge de personnes âgées dans les services d'urgences psychiatriques, critères d'hospitalisation et motifs de consultation : état des lieux au SAAU de Pau

G. Brun (Interne)\*, B.K. Azorbly, T. Della, M. Celhay  
Centre hospitalier des Pyrénées, Pau, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [brungabriel@hotmail.fr](mailto:brungabriel@hotmail.fr) (G. Brun)

Le nombre de personnes âgées (PA) est en constante augmentation en France comme dans les pays développés. Les PA de plus de 75 ans représentaient 8% de la population métropolitaine en 2002. Elles seront selon l'INSEE 9,6% en 2020 et 16,1% en 2040. Parallèlement

de plus en plus de patients relevant de prise en charge gérontopsychiatrique se présentent dans les services d'urgences notamment psychiatriques.

Au CHS de Pau il existe un service d'urgence psychiatrique (SAAU) pour les admissions et un service de 20 lits d'hospitalisation de gérontopsychiatrie pour les patients de plus de 75 ans souffrant de pathologie psychiatrique.

La décision d'hospitalisation en psychiatrie est une décision médicale. Elle ne se conçoit que pour les personnes âgées dont le pronostic vital n'est pas engagé et présentant de troubles psychiatriques aiguës ou chroniques avec signes de décompensation aiguë sans comorbidités neurologiques ou démentielle décompensées. Toute situation ne nécessitant pas d'hospitalisation en psychiatrie ferait objet d'un suivi par l'équipe mobile de gérontopsychiatrie et permettrait de garantir un retour à la structure d'origine (domicile ou autre) avec l'assurance d'un suivi et d'une continuité des soins. Cependant, il apparaît que les décisions de prise en charge ne sont pas en adéquation avec ses principes en particulier en ce qui concerne les motifs principaux d'hospitalisation.

Afin de faire le point sur les indications d'hospitalisation en gérontopsychiatrie nous avons réalisé une étude rétrospective concernant les patients de plus de 75 ans s'étant présenté au SAAU de Pau au cours du 1er trimestre 2014.

Nous nous sommes intéressés à recueillir via les dossiers informatisés des patients les motifs de consultations, les antécédents ainsi que le devenir de ceux-ci.

**Mots clés** Urgences psychiatriques ; Gérontopsychiatrie ; Démence

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

*Pour en savoir plus*

Lana P. Situations cliniques selon les populations : la personne âgée. In: *Urgences Psychiatriques*. Masson, 2008:452–69.

Belmin J, et al. Démence du sujet âgé. In: *Viellissement*. Masson, 2011:169–86.

Société Francophone de Médecine d'Urgence : <http://www.sfm.org>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.108>

## P085

### Une cohorte de personnes ayant un premier arrêt maladie de longue durée (plus de 6 mois) pour dépression en 2011

S. Samson\*, J.-P. Fagot, A. Cuerq, A. Fagot-Campagna  
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [solene.samson@cnamts.fr](mailto:solene.samson@cnamts.fr) (S. Samson)

**Introduction** Au cours d'un épisode dépressif, un arrêt maladie peut permettre de gérer les situations de stress. Cependant, la prolongation excessive de l'arrêt peut aggraver l'anxiété et entraîner une désocialisation, mais aussi témoigner de la gravité de la maladie. Notre objectif est de décrire les patients avec arrêt de longue durée pour dépression, analyser leur recours aux soins, identifier des facteurs prédictifs des arrêts, et suivre leur devenir.

**Méthodes** Les bases de l'assurance maladie (SNIIRAM/PMSI) ont été utilisées pour constituer une cohorte de bénéficiaires du régime général, âgés de 20–69 ans, débutant en 2011 un arrêt maladie > 6 mois pour dépression et sans antécédent d'arrêt long en 2010 pour ce motif.

**Résultats** En 2011, 84 000 personnes (2,6 pour 1000) étaient en arrêt maladie long pour dépression. Parmi celles-ci, 34 000 (1,1 pour 1000) l'avaient débuté en 2011 et constituent la cohorte (âge moyen 46 ans, femmes 66%). L'arrêt était prescrit dans 75% des cas par un médecin généraliste, 10% un psychiatre libéral et 12% un médecin salarié. Dans l'année précédant l'arrêt, 27% avaient consulté un psychiatre libéral, et 57% dans l'année