

**Conclusion** Cette ambivalence, reflet des attitudes de la société face à nos médicaments, pourrait être mieux explorée en pratique clinique quotidienne.

**Mots clés** Antidépresseur ; Adhésion thérapeutique ; Attitudes ; Dépression croyances

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

**Références**

- [1] Tournier M, Cougnard A, Boutouaba-Combe S, et al. Duration of antidepressant drug treatment and its determinants in France. *Encéphale* 2011;37.
- [2] Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:164–72.
- [3] Murata A, Kanbayashi T, Shimizu T, et al. Risk factors for drug nonadherence in antidepressant-treated patients and implications of pharmacist adherence instructions for adherence improvement. *Patient Prefer Adherence* 2012;6:863–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.298>

## P109

### Impact d'un protocole de psychoéducation sur l'alliance thérapeutique et les croyances associées aux traitements dans un groupe de patients schizophrènes hospitalisés sous contrainte : travail préliminaire

E. Mulin<sup>1,3,\*</sup>, N. Bordone<sup>2</sup>, J.N. Herce<sup>1</sup>, B. Kastler<sup>1</sup>, R. Millard<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CH Henri-Guérin-de-Pierrefeu-du-Var, Pierrefeu-du-Var, France

<sup>2</sup> Centre de soin Beauséjour, Hyères, France

<sup>3</sup> Cabinet libéral, 15, avenue Gambetta, Hyères, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [emulin@orange.fr](mailto:emulin@orange.fr) (E. Mulin)

La rupture thérapeutique est un des facteurs principaux de décompensations entraînant l'hospitalisation en soins contraints chez les patients souffrant de schizophrénie. Les protocoles de psychoéducation chez les patients schizophrènes stabilisés et impliquant notamment leur famille permettent de diminuer la fréquence et l'intensité des rechutes [1,2]. Les bénéfiques chez les patients hospitalisés en soins contraints restent, à notre connaissance, peu étudiés et pourraient favoriser l'alliance thérapeutique (AT) en modifiant notamment les croyances liées au traitement (CLT).

**Objectif** Notre étude présente le travail préliminaire de mise en place d'un protocole de psychoéducation chez 12 patients schizophrènes hospitalisés sous contrainte (spdt) et vise à évaluer l'évolution des CLT et l'AT méthode : un protocole psychoéducation de 5 séances concernant la schizophrénie (épidémiologie et mécanismes, signes cliniques, hygiène de vie, traitements, facteurs de rechute et après l'hospitalisation) sur 3 semaines a été proposé à des patients schizophrènes (PANSS et DSM) spdt et traités en monothérapie par antipsychotique atypique, dès la 2e semaine d'hospitalisation après avis collégial. Une échelle de CLT (BMQ belief about medicine questionnaire [3]) et une d'AT (HAQ Helping alliance questionnaire thérapeute et patient Luborsky [4]) ont été remplies en début et fin de protocole.

**Résultats** La participation des 12 patients étudiés a été assurée durant la totalité du protocole. Le score d'AT s'est amélioré pour la totalité des patients. Les CLT semblaient évoluer dans les 4 domaines (nécessité, préoccupation, surprescription, préjudice) et si les croyances de nécessité restent peu améliorées, il semble que les croyances de surprescription et de préjudice diminuent. Les croyances de préjudice étaient inversement corrélées avec l'AT ( $p=0,042$ ).

**Discussion** Ces résultats préliminaires montrent la faisabilité d'un protocole de psychoéducation dès les débuts d'hospitalisation en spdt de patients schizophrènes. Le bénéfice de

la psychoéducation semble confirmer l'amélioration de l'AT et la modification des CLT. Cependant, ces résultats doivent être évalués à plus grande échelle et l'influence sur les rechutes ultérieures doit être mesurée.

**Mots clés** Psychoéducation ; Schizophrénie ; Alliance thérapeutique ; Croyances liées au traitement ; Soins contraints

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

**Références**

- [1] Llorca PM, Denizot H. Approche préventive dans la schizophrénie. *Prev Schizophr Ther* 2008;63(3):251–5.
- [2] Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;4:CD010823.
- [3] Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the necessity concerns framework. *PLoS One* 2013;8(12):e80633, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0080633> [eCollection 2013. Review].
- [4] Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johnson S, Najavits LM, Frank A, et al. The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) psychometric properties. *J Psychother Pract Res* 1996;5(3):260–71.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.299>

## P110

### EQUIPAD, soins psychiatriques aigus au domicile : un outil innovant, efficace et pérenne

A. Schlessner\*, R. Bocher

CHU, hôpital Saint-Jacques, Nantes, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [alexandra.schlessner@chu-nantes.fr](mailto:alexandra.schlessner@chu-nantes.fr) (A. Schlessner)

C'est une hospitalisation à domicile avec des interventions pluridisciplinaires quotidiennes auprès de 9 patients en phase aiguë ou subaiguë, présentant tout type de pathologie (à l'exclusion des démences et addictions). La demande d'admission est rédigée par un médecin. Le patient est alors reçu en consultation d'évaluation où il reçoit une information, donne un consentement écrit et définit un projet thérapeutique avec l'équipe. Le second temps est celui des soins, qui est contractualisé sur 21 jours, renouvelable 2 fois. Ce qui y fait soin, c'est la pluridisciplinarité au sein du travail clinique institutionnel, l'intensité, le cadre sécurisant mais souple liée à la disponibilité et la proximité des équipes soignantes, la mobilisation des ressources personnelles du patient au sein de sa réalité extérieure ainsi que celle des aidants. Cela participe pleinement à la déstigmatisation des soins psychiatriques, mais est aussi un frein à l'institutionnalisation. La mobilité et la créativité de l'équipe sont aussi facilitatrices de relais par un travail constant de réseau. L'évaluation sur 12 mois est faite à partir de deux outils :

- un questionnaire de satisfaction des usagers systématique en fin de prise en charge avec rappel des patients à m4, m9, m12 ;
- un bilan d'activité administratif.

Le bilan de 2014 montre un taux d'occupation sur 12 mois de 84 %, soit 63 séjours pour 104 demandes. La population accueillie était en majorité des femmes (37/26) et l'âge moyen de 43 ans (1/3 de moins de 30 ans). Les diagnostics majoritaires sont psychose et troubles de l'humeur en phase aiguë, puis les troubles de la personnalité. Le délai d'admission était de 9,9 jours. Les médecins adresseurs sont des médecins hospitaliers en majorité. Le nombre de réhospitalisations est faible, 4 patients ont nécessité une hospitalisation sur le secteur. La satisfaction des patients était de bonne à très bonne.

**Mots clés** Hospitalisation à domicile ; Outil innovant ;

Proximité ; Intensité ; Mobilisation des ressources personnelles ; Limite à l'institutionnalisation