

démarche d'amélioration de la qualité des soins au profit des usagers, tout en sécurisant les professionnels dans leur pratique.

Mots clés Psychiatrie de catastrophe ; Psychotraumatisme ; Cellule d'urgence médicopsychologique ; Intervention psychosociale précoce

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Crocq L (ed.). Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007.

Louville P. Les étapes de la prise en charge des victimes d'attentat ou d'accident collectif. Rev Fr Psychiatr Psychol Med 1997; 10:20–2. Jehel L, Lopez G (eds.). Psychotraumatologie: évaluation, clinique, traitement. Paris: Dunod; 2006. p. 173–179.

Navarre C. « Psy » des catastrophes. Dix années auprès des victimes. Paris: Imago, 2007.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.355>

FA10B

Évaluation des pratiques professionnelles et traçabilité des risques suicidaires, intérêts et limites

C. Omnès*, A. Walczack

Établissement public de santé Charcot–Plaisir, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cecile.omnes@ch-charcot78.fr (C. Omnès)

Avec 195 000 tentatives de suicide et plus de 10 000 décès par suicide chaque année, la prévention du suicide reste une priorité de santé publique en France. Dans le cadre de la démarche de certification des établissements hospitaliers, la HAS a inscrit 2010 l'évaluation et la traçabilité du risque suicidaire dans le manuel de certification comme pratique exigible prioritaire pour les établissements ayant une activité en psychiatrie. Mais qu'en est-il sur le terrain ? Peut-on observer un lien entre certification et prévention du suicide ? Quelles actions de prévention ont été mises en place par les équipes de façon durable ? Nous tenterons de faire le point sur les résultats de cette démarche à partir d'une revue de la littérature et de questionner les limites de cette méthode.

Mots clés Prévention du suicide ; Évaluation des pratiques professionnelles ; HAS ; Revue littérature

Déclaration de liens d'intérêts Repas avec Lilly, Lundbeck, AstraZeneca, Eisai, Janssen, Otsuka.

Pour en savoir plus

ANAES, direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, septembre 2004 : manuel de certification, chapitre 4. p. 97–100.

HAS : manuel de certification, juin 2009. p. 56.

Fédération française de psychiatrie, Abbar M, Adès J, et al. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. Texte des recommandations. http://www.sfm.org/documents/consensus/cc_crise_suicidaire_long.pdf. 2000.

Shea SC, Terra JL, Séguin M. Évaluation du potentiel suicidaire: comment intervenir pour prévenir. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2008.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.356>

FA10C

Prendre en compte la dimension transculturelle dans l'évaluation du risque suicidaire et du psychotraumatisme

L. Jehel^{1,2,*}, N. Howard^{1,2}, M. Pradem¹, Y. Simchowit³, Y. Robert³, A. Messiah¹

¹ Équipe IPSOM, unité Inserm 1178, France

² CHU de Martinique, Martinique

³ Centre hospitalier A. Rosemond-de-Guyane, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : louis.jehel@chu-fortdefrance.fr (L. Jehel)

La situation de la Guyane-Française, département français d'Amérique, est un exemple fort de l'exigence de prendre en compte les paramètres transculturels pour comprendre et agir sur la prévention du suicide. On distingue, dans cette région, la population vivant sur le littoral ayant accès aux principales ressources et la population vivant dans les communes de l'intérieur. En effet, les peuples de la Guyane sont irrégulièrement répartis sur 84 000 km². Certains villages sont éloignés des structures de soins et de santé parfois de plusieurs jours de pirogues. Les dernières études de l'OMS démontrent que les risques du suicide croissent avec l'éloignement des centres urbanisés. La population résidant sur les deux fleuves de la Guyane et à l'Intérieur (espace forestier amazonien) présente une vulnérabilité au suicide supérieure à tous les autres segments de la société guyanaise et française. Ces suicides sont essentiellement le fait de jeunes. La question du suicide chez les populations autochtones de la Guyane révèle un mal être profond qui dépasse la simple conception médicopsychologique du risque de passage à l'acte. Les causes de ce phénomène sont pluridimensionnelles et regroupent entre autres des facteurs psychologiques, sociaux, anthropologiques, écologiques et politiques. Si les passages à l'acte sont dans la majorité des cas liés à une consommation excessive d'alcool et déclenchés par des motifs au premier abord anodins (différents familiaux, obstacle à l'achat de produits de consommation), ils résultent plutôt de la manifestation extrême d'un mal-être bien plus profond. Pertes de repères liés à la modification brutale des modes de vie, déstructuration de la cellule familiale, inactivité en particulier chez les jeunes, échecs scolaires, absence de perspectives d'avenir et isolement sont des motifs qui peuvent expliquer le comportement suicidaire. Un partenaire majeur dans cette réflexion est le CCPAB (Conseil consultatif des populations amérindiennes et Bushinings de Guyane), instance auprès de la future collectivité unique, siégeant à la Préfecture, spécifique aux DOM, qui fait du suicide des autochtones un axe prioritaire de lutte. C'est une démarche intégrative de ces dimensions pour une évaluation globale avec des outils spécifiques que nous construisons au sein de l'équipe Inserm (Ipsom) à laquelle est adossée la CeRMEPI (cellule régionale pour le mieux être des populations de l'intérieur) créée par le préfet. Cette prise en charge holistique permettra d'aider le travail plus spécifiquement médical de prévention et de soins qui est actuellement effectué par les services de psychiatrie de Guyane grâce aux équipes mobiles et à la CUMP (cellule d'urgence médicopsychologique).

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.357>

FA11

SPCDN – Phénoménologie du corps et implications cliniques et thérapeutiques

D. Pringuey

Faculté de médecine, Nice, France

Adresse e-mail : pringuey.dominique@neuf.fr

Versée dans les discussions conceptuelles, causales et plus récemment critériologiques, la psychiatrie séjourne dans des modèles psychopathologiques toujours plus élaborés mais aussi trop éloignés des « choses elles-mêmes » de la clinique quotidienne à commencer parce qu'elle y rencontre, un patient/une patiente « en chair et en os » et son corps qui pour être souffrant parle à sa manière et pour certains jusqu'à être contraint au soin, voire au séjour hospitalier. Or le corps, objet et sujet, est leur équilibre maintenu face aux vicissitudes de l'existence. Il est objet, forme de l'avoir comme instrument, et il peut être douloureux, épuisé, exalté... et par là modifié et secouru techniquement. Mais il est aussi sujet, forme d'existence, corps vivant qui est « chair » et multiple, corps pluriel

qui assume les changements d'une position d'existence à l'autre jusqu'à l'impossible, l'impuissance ou l'échec. La proportion est fragile entre corps porteur de l'expérience et corps en apparition dans ses significations comme en attestent ses aléas déclinant les grandes dimensions de la pathologie en psychiatrie, où du royaume des idées nous devons toujours savoir revenir à ce qui les permet. À des fins d'ajustements thérapeutiques, nous proposons une approche méthodologique du corps vécu comme chair et réversibilité dans la perspective de Maurice Merleau Ponty [1] (Dr F. Jover Bureau de la SPCDN, CHU de Nice), du vécu de collection du corps hypocondriaque d'après Arthur Tatossian [2] (Dr B. Giordana) et des dysharmonies entre corps-idem et corpsipse dans les cyclothymies et les schizophrénies d'après les travaux de Paul Ricoeur [3] (Pr D. Pringuey, Président de la SPCDN ou Dr C. Rometti membre de la SPCDN).

Mots clés Phénoménologie psychiatrique ; Corps ; Corporéité ; Hypocondrie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Merleau-Ponty M. *Le visible et l'invisible*. 1964. Paris: Réed Gallimard, Coll; 1979.
- [2] Tatossian A. *Phénoménologie de l'hypocondrie*. In: *Psychiatrie phénoménologique*. Paris: Réédition MJW Fédition; 2014, pp. 195–207. p. 195–207.
- [3] Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Ed Seuil; 1990.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.358>

FA11A

Cyclothymies et schizophrénies comme dysharmonie entre corps-que-j'ai, le même et corps-que-je-suis, l'unique dans un contexte ricoeurien

C. Rometti

Clinique de psychiatrie, CHU de Nice, Nice, France

Adresse e-mail : rometti.c@chunice.fr

Pour l'approche phénoménologique, l'expérience du corps, de soi-même comme de celui de l'autre, fonde l'identité humaine et son enjeu, la subjectivité [1]. Ce que confirme la pathologie psychiatrique dans la description des modalités de désarticulation entre deux corps. Le corps objet, corps-que-j'ai, est chose unique et provisoire, possession au destin de finitude et dont on énumère abondamment les embarras. Le corps sujet, corps-que-je-suis, est « chair », unité vivante et disponibilité relationnelle – dans les corps de travail, corps de repos, corps de plaisir, corps sexuel... corps pluriel multiforme qui assume les changements d'une position d'existence à l'autre, dont on vérifie la fragilité en termes de perte de rôles. Cette distinction de l'avoir et de l'être se reprend avec Paul Ricoeur [2] pour qui l'identité humaine apparaît comme la synthèse permanente entre deux termes : l'idem et l'ipse. L'idem, le même comme identique, est persistance de la substance, stabilité de la structure, le caractère, le passé. L'ipse, l'unique, l'unité, émergence du sujet, est fidélité à soi, permanence de la promesse de la parole tenue, identité mémorielle et promissive, le futur. Sous ce format méthodologique, on peut voir les troubles psychiatriques comme des troubles fondamentaux de l'identité se manifestant par une disjonction idemipse et par la disproportion de ces déterminants et diverses tentatives de rééquilibrage : la dépression caractérisant la suprématie rigide de l'identité idem absorbant l'ipse, la manie et plus généralement le délire témoignant à l'inverse de l'émancipation excessive de l'ipse étouffant l'idem, les schizophrénies traduisant la dislocation idem-ipse et des efforts compensatoires et insatisfaisants de leurs raccords. Cette perspective dégage diverses recommandations thérapeutiques précises [3], relatives à l'aménagement des tensions entre le Soi et ses rôles,

entre l'identité egoïque et la tendance hypernominique, soulignant la fragilité de l'appropriation egoïque des conduites.

Mots clés Corporéité ; Phénoménologie des psychoses ; Identité humaine ; Psychothérapie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Ed Seuil; 1990.
- [2] Tatossian A. *L'identité humaine selon Ricoeur et le problème des Psychoses*. Cercle Herm 1994;1:99–106.
- [3] Kraus A. *Thérapie de l'identité des mélancoliques et des mania-codépressifs*. *Confront Psychiatr* 1998;39:275–99.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.359>

FA11B

Phénoménologie de l'hypocondrie et la confusion des buts et des moyens

B. Giordana

Clinique de psychiatrie, CHU de Nice, Nice, France

Adresse e-mail : giordana.b@chu-nice.fr

Les sensations de faim ou de soif, de chaud ou de froid, la fatigue ou les douleurs bénignes, objectivent banalement l'équilibre invisible entre être un corps et avoir un corps au privilège de ce dernier, ce qui est plus net encore lors de douleurs durables et de maladies graves. Je suis d'autant plus mon corps que je dispose du pouvoir d'être, d'agir et de paraître comme je le veux. Mais cette distance au corps-objet est aussi possibilité d'aliénation de moi à moi. De plus, visible par autrui, mon corps ne peut se soustraire à son regard, mais il saura lui signifier malaise et souffrance. Arthur Tatossian a montré comment et en quoi dans une passion de l'avoir, la conduite hypocondriaque vit le corps objet comme un type très particulier de possession, celle de l'objet de collection. Le corps réalise alors le paradoxe de ne pas avoir valeur d'usage – plus il est précieux, moins il doit être touché, donc utilisable – mais valeur d'échange. Le corps ici n'est pas un outil mais un signifiant : il importe qu'il soit visible et vu car il représente l'invisible, comme les objets historiques évoquent le passé, les objets exotiques, le lointain, les portraits, l'absent ou le disparu, les reliques, le sacré. D'où la confusion entre le médecin et le patient : le médecin identifie le corps du patient comme un instrument à réparer alors que celui-ci lui demande de confirmer l'invisible et pour ce faire présente son corps comme signe de tout ce qu'il déplore dans le présent et dans le passé : la carence ou les imperfections de son corps et de son être, de ses proches, de ses relations affectives et de son enfance. D'où la nécessité pour le thérapeute de ne pas confondre les buts et les moyens.

Mots clés Hypocondrie ; Corps ; Psychopathologie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Tatossian A. *La phénoménologie du corps*. In: « *Le corps en psychiatrie* ». Ed. Masson; 1982. p. 99–103.

Tatossian A. *Phénoménologie de l'hypocondrie*. In: *Psychiatrie phénoménologique*. Réed MJW Fédition: 2014. p. 195–207.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.360>

FA11C

Chair et réversibilité ; depuis « Le visible et l'invisible » (Merleau Ponty), quelle pertinence psychopathologique ?

F. Jover

Urgence psychiatriques Pasteur 2, CHU de Nice, Nice, France

Adresse e-mail : jover.f@chu-nice.fr

Le risque du « nommer » avant le « comprendre » est de méconnaître et de sous-estimer l'expérience de la chair que développe