

FA9C

Les objets connectés sont-ils le futur de la sémiologie psychiatrique ?

P.A. Geoffroy

Centre expert troubles bipolaires du Pr.-Bellivier, hôpital Fernand-Widal, 200, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris, France
 Adresse e-mail : pierre.a.geoffroy@gmail.com

Les objets connectés de santé se multiplient et sont utilisés très largement par le grand public. Ils font maintenant partie de notre quotidien et constitue un enjeu économique majeur. Ces outils peuvent être des applications mobiles ou des objets connectés, comme des bracelets de type actimètre, podomètre, des tensiomètres, des capteurs de fréquence cardiaque, etc. [1,2]. Le traitement des données issues de ces objets connectés est-il possible à visée médicale ? S'il ne fait aucun doute que ces objets facilitent l'accès au soin, leur intérêt sémiologique et leur efficacité thérapeutique n'est que trop rarement testé scientifiquement [3]. Cette communication évaluera les bénéfices en santé que les médecins peuvent attendre de ces objets connectés [1,4]. L'utilisation de ces objets devra répondre à des impératifs d'efficacité en matière de santé individuelle et globale, mais aussi à des impératifs éthiques, de protection des données recueillies et de sûreté sanitaire. Cette nouvelle aire de l'e-santé se traduira par le développement nécessaire de nouveaux algorithmes de dépistage, de diagnostic et de décisions thérapeutiques.

Mots clés E-santé ; Objets connectés ; Actimètre ; Bracelet ; Accéléromètre ; Podomètre

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

Références

- [1] Husain I, Spence D. Can healthy people benefit from health apps? *BMJ* 2015;350:h1887.
- [2] Geoffroy PA, Scott J, Boudebessé C, Lajnef M, Henry C, Leboyer M, et al. Sleep in patients with remitted bipolar disorders: a meta-analysis of actigraphy studies. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131(2):89–99.
- [3] Donker T, Petrie K, Proudfoot J, Clarke J, Birch M-R, Christensen H. Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *J Med Internet Res* 2013;15(11):e247.
- [4] Hickey E, McMillan B, Mitchell C. Practitioners should embrace, not ignore, health apps. *BMJ* 2015;350:h2336.

Pour en savoir plus

Chan S, Torous J, Hinton L, Yellowlees P. Towards a framework for evaluating mobile mental health apps. *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc* 2015.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.353>

FA10

FTSLU – L'évaluation dans tous ces états

J.-J. Chavagnat

Centre hospitalier Henri-Laborit, Poitiers, France
 Adresse e-mail : jean-jacques.chavagnat@ch-poitiers.fr

La santé coûte cher et l'effort qui lui est consacré par une collectivité est forcément limité. Et pourtant, « la santé n'a pas de prix » disent certains. Alors, comment mettre au service de toute la population les soins les meilleurs avec des moyens forcément limités ?

– en organisant le dispositif sanitaire de façon à mieux répondre aux besoins ;

– en fixant des règles de répartition des moyens qui nous donnent quelques garanties d'un usage économe et égalitaire des ressources ;

– en évaluant les activités médicales pour aider à en améliorer sans cesse les résultats.

L'évaluation fait peur pour le moins, elle ennuie pour le mieux. La psychiatrie est une discipline où l'appréciation objective des

résultats des soins peut paraître comme extrêmement compliquée pour les plus désireux d'y parvenir ou extrêmement dangereuse pour les plus hostiles. Et pourtant, nous proposons trois communications qui évaluent des dispositifs importants dans le champ de la santé publique. Tout d'abord, en montrant quels sont les critères d'évaluation des cellules d'urgence médicopsychologique. Ces structures ont prouvé leur rôle incontournable dans les catastrophes et les événements à fort retentissement psychologique (décret du 7 janvier 2013). Cette évaluation est donc fondamentale. Dans un second temps, nous étudierons l'évaluation des pratiques professionnelles et la traçabilité des risques suicidaires : quelles en sont les intérêts et les limites. Ce sont bien deux sujets majeurs en santé publique. Enfin, nous terminerons cette session thématique en nous penchant sur la dimension transculturelle dans l'évaluation du risque suicidaire et du psychotraumatisme. Une étude réalisée en Guyane dans des villages amérindiens sera exposée. Elle a été effectuée à la demande du ministère de l'Outre-Mer.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.354>

FA10A

Quels critères d'évaluation des cellules d'urgences médicopsychologique ?

P. Louville

Hôpitaux universitaires Paris Ouest, AP-HP, Issy-les-Moulineaux, France

Adresse e-mail : Patrice.louville@ccl.aphp.fr

La prise en charge psychosociale précoce des victimes de catastrophes ou d'événements traumatogènes collectifs constitue un enjeu de santé publique, avec deux objectifs : la prise en charge du stress aigu postévénement et la prévention secondaire des troubles psychiques post-traumatiques (syndrome psychotraumatique, dépression, addictions) susceptibles d'apparaître par la suite. S'appuyant sur leur expérience de terrain, des spécialistes francophones ont développé un modèle d'intervention rapide d'équipes psychiatriques intégrées aux systèmes de secours d'urgence intervenant en cas d'événement exceptionnel. Ce modèle est mis en œuvre par les cellules d'urgence médicopsychologique (CUMP) en France depuis 20 ans, effectuant des interventions immédiates auprès des blessés psychiques, en liaison avec les SAMU, puis leur suivi dans les premières semaines. L'évaluation du dispositif et des interventions des CUMP fait officiellement partie des missions des professionnels, sous l'autorité des ARS, depuis la réforme de l'urgence médicopsychologique introduite par plusieurs textes parus en 2014. Jusqu'à présent, l'évaluation de l'activité des CUMP était essentiellement quantitative, portant par exemple sur le nombre d'heures de mobilisation, le nombre de professionnels activés, le nombre d'interventions, le nombre de personnes secourues, le nombre de jours de formation des professionnels. Dorénavant, chaque CUMP départementale doit élaborer un rapport d'activité annuel qui ne devrait pas se limiter aux seuls indicateurs quantitatifs. L'évaluation des procédures de soins devra se faire en fonction d'un référentiel de bonnes pratiques qui reste à élaborer. Ce référentiel devrait notamment préciser les indications et non-indications du déclenchement d'une intervention immédiate, question sensible à laquelle les responsables des CUMP sont régulièrement confrontés. L'évaluation peut aussi concerner la qualité des soins, c'est-à-dire la prise en charge globale d'une personne par les différents professionnels qu'elle rencontre sur le terrain ou dans les hôpitaux de l'arrière après son évacuation. Enfin, le problème de l'évaluation médicoéconomique risque d'être rapidement posé, avec la nécessité de définir des critères d'efficacité des interventions (études d'impact) pour les opposer aux coûts qu'elles génèrent. On ne peut qu'espérer que cette démarche d'évaluation des CUMP initiée en 2014 aboutisse à la mise en œuvre d'une

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