

P083

Une histoire de lien

S. Demski*, S. Wolf, S. Beyoux, S. Boulguay, P. Huguelet

Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sabine.dechamboux@hcuge.ch (S. Demski)

Le lien, issu de l'ancien Français loien, du latin ligamen, avec influence de lier, a pour définition dans le dictionnaire Larousse comme « ce qui sert à maintenir ensemble ou à attacher, retenir, fermer ». La mission générale de l'équipe mobile de psychiatrie à Genève est de proposer un suivi intensif dans le milieu aux personnes présentant des troubles psychiques graves. Ils sont difficiles à atteindre ou à conserver dans un programme de traitement traditionnel. Dans un premier temps, un signalement effectué par l'entourage (famille, voisins, police, services sociaux...) de la personne nous parvient. La première rencontre avec la personne en difficulté est alors organisée avec le demandeur. Nous allons entendre les priorités du patient, écouter ses besoins. On s'en remet à ce qu'il nous dit pour, en douceur, le conduire plus loin.. Ceci sera notre levier pour débiter une collaboration susceptible de façonner une première attache. Au début du lien, nous nous mettons à côté de la personne, nous oublions notre fonction de soignant, jusqu'à adopter, parfois, leur fonctionnement particulier. De là, nous tissons une accroche, respectons le rythme du patient ainsi que sa capacité d'accepter notre présence. Petit à petit, nous devenons de plus en plus un interlocuteur montrant d'autres réalités, le patient devenant capable de partager là-dessus. Nous pouvons aborder les obstacles entravant la réussite de ses projets, besoins. Le patient accepte l'aide proposée pour les résoudre et ce, sans se sentir dévalorisé. Nous remettons le réseau en place, les liens entre les différents partenaires mais également nous permettons au patient d'être lui-même en lien avec ce réseau. Notre mission accomplie, nous prenons le temps de détiiser ce lien en douceur vers une passation de prise en soins sécurisée. Cet accompagnement de fin de suivi permet une bonne intégration vers un suivi ambulatoire pérenne régulier.

Mots clés Lien ; Accroche ; Écoute ; Besoins ; Réseau ; Rythme
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Bonsack C, Haefliger TM, Cordier S, Conus P. Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124(4):225–9.

Favrod J, Maire A. Se rétablir de la schizophrénie, 2012. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS.

Huguelet P. Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères. *Schweizer Arch Neurol Psychiatr* 2007;158:271–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.273>

P084

Le Questionnaire d'évaluation des connaissances sur le suicide (QECS)

C.E. Notredame^{1,2,3,*}, A. Porte^{1,2}, N. Pauwels³, T. Danel^{3,4}, M. Walter⁵, G. Vaiva^{1,2,3}

¹ Centre hospitalier régional universitaire de Lille, pôle de psychiatrie et médecine pénitentiaire, hôpital Fontan, Lille, France

² Laboratoire SCA Lab, CNRS-UMR 9193, Lille, France

³ Fédération de recherche en psychiatrie et santé mentale du Nord-Pas-de-Calais (F2RSM), Lille, France

⁴ Centre hospitalier régional universitaire de Lille, centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie, Lille, France

⁵ Centre hospitalier régional universitaire de Brest à Bohars, pôle de psychiatrie, Bohars, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : papageno@santementale5962.com (C.E. Notredame)

L'accès aux soins des personnes à risque constitue un pilier essentiel de la prévention du suicide. Cependant, les idées reçues véhiculées autour des conduites suicidaires y opposent un obstacle significatif [1]. Afin de cibler au mieux les campagnes d'information qui dissiperait ces mythes, et pour en évaluer l'efficacité, les connaissances sur le suicide devraient pouvoir être quantifiées de façon fiable [2]. À ce jour, seules quelques études anglo-saxonnes dédiées ont été validées [3]. La limite décisive à leur interprétation tient cependant à ce qu'elles ne permettent pas d'approche normative. En effet, l'exactitude de leurs propositions n'est validée par aucun étalon officiel, alors même que certaines relèvent plus de l'expérience clinique que de connaissances issues de la littérature. Notre objectif consiste à palier cette limite en proposant une échelle dont la cotation est adaptée à l'évaluation d'un savoir normé. Le Questionnaire d'Évaluation des Connaissances sur le Suicide (QECS) est un auto-questionnaire qui explore, en 35 items, les principales connaissances relatives à l'épidémiologie et aux mythes communs concernant le suicide. Les réponses y sont recueillies par échelle visuelle analogique. La cotation finale se fait en confrontant ces réponses à celles d'un panel de référence constitué de spécialistes en suicidologie ($n=47$). Nous présentons ici les résultats de ce panel, ainsi qu'une illustration des potentialités d'interprétation du QECS, via l'évaluation des connaissances d'un échantillon test d'étudiants en journalisme ($n=111$). Les réponses du panel de référence étaient significativement différentes de « ni accord, ni désaccord » pour 27 des 29 items dédiés aux mythes. Pour 25 de ces items, une différence significative était retrouvée entre l'échantillon test et le panel de référence. Ainsi attestée, l'existence d'un avis expertal spécifique a servi d'étalon pour 2 modes de cotation des réponses de l'échantillon test : un score de véracité et un score de concordance aux experts.

Mots clés Suicide ; Connaissances ; Évaluation ; Questionnaire
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide Life Threat Behav* 2013;43(4):406–17.
- [2] Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS. Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: The role of mass media. *Am J Prev Med* 2014;47(3):S235–43.
- [3] Segal DL. Levels of knowledge about suicide facts and myths among younger and older adults. *Clin Gerontol* 2001;22(2):71–80.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.274>

P085

Démarche territoriale pour un partenariat concerté : exemple du CLSM

P. Guézennec*, J.-L. Roelandt
CCOMS, Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pguezennec@epsm-lille-metropole.fr (P. Guézennec)

La psychiatrie publique est une part essentielle du champ de la santé mentale mais ne peut pas faire sans les partenaires de son territoire. Elle ne peut être à l'écart des populations et des territoires et doit penser son déploiement sur le territoire en fonction des besoins des populations. Avec plus de 125 Conseils locaux de santé mentale (CLSM) opérationnels en juillet 2015, cette démarche de proximité, de citoyenneté, de prévention et de coordination entre les acteurs permet d'élaborer des actions innovantes autour des dimensions multiples et variées de la santé mentale. Ils facilitent