

Mechri A, Gaha L, Khammouma S, Skhiri T, Zaafrane F, Bedoui A. Les psychoses aiguës nuptiales : à propos de 16 observations. *Encephale* 2000;26(3):87–90.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.165>

#### FA16C

### Dépression, soins et religion en Algérie

D. Benmessaoud

*Établissement hospitalier spécialisé psychiatrique M. Boucebc, Cheraga, Alger, Algérie*

Adresse e-mail : [ben.dalila@gmail.com](mailto:ben.dalila@gmail.com)

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.166>

#### FA19

### ANPCME - Plaidoyer pour une psychiatrie européenne

M.-N. Petit

*Pôle Avignon Nord, centre hospitalier de Montfavet, Avignon, France*

Adresse e-mail : [marie-noelle.petit@ch-montfavet.fr](mailto:marie-noelle.petit@ch-montfavet.fr)

Entre harmonisation des pratiques et spécificité, les échanges en psychiatrie se développent à l'échelle européenne avec l'élaboration de nouveaux programmes mettant en œuvre des relations de partenariat autour de problématiques spécifiques.

Si la législation est souvent différente, nous pouvons retrouver des préoccupations communes centrées autour de la clinique et des pratiques professionnelles.

Notre propos déclinera les enjeux généraux, les valeurs réaffirmées des 2005 par les conférences françaises et allemandes autour du secteur, les notions de gestion du risque, la place des usagers, l'hospitalisation sous contrainte.

Comment construire ces liens indispensables pour permettre de penser avec les différents acteurs une psychiatrie européenne ?

Dans un premier temps, le Dr C. Müller, Président de la conférence, reprendra l'historique d'un mouvement débuté il y a bientôt 10 ans entre la France et l'Allemagne et bientôt rejoint par l'Espagne et l'Italie. Il évoquera également les liens entre la conférence des présidents de CME et l'ANPCME.

Le Dr Cazenave fera une présentation succincte de l'ANPCME et évoquera ensuite les rencontres effectuées au sein des différents pays ainsi que les thématiques spécifiques issues de ces échanges à l'origine de l'élaboration d'un programme d'échange entre les professionnels du champ de la psychiatrie.

Le Dr Lorient abordera enfin la mise en œuvre concrète d'un projet Erasmus+, les partenariats indispensables en France et à l'étranger, les écueils à éviter.

La souplesse de rencontres informelles se heurte à la nécessaire reconnaissance de l'apport d'un dimensionnement officiel à l'échelon européen et aux contraintes budgétaires.

En effet, si les échanges informels permettent de mieux connaître nos points communs et nos différences dans la pratique, la construction d'une pensée commune aux différents partenaires européens dans un souci d'harmonisation des pratiques, nécessite de poursuivre des échanges réguliers et protocolisés assortis d'une évaluation rigoureuse qui ne peut se faire que dans un cadre formalisé.

**Mots clés** Psychiatrie ; Europe ; Échanges ; Pratiques ; Évaluation

**Déclaration d'intérêts** L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

*Pour en savoir plus*

Bastien R et al. Psychiatrie(s) en Europe. *Vie sociale et traitements* 2011;112:12.

Halimi Y, Müller C. Vers une psychiatrie européenne autour de valeurs partagées. *Soins Psychiatrie* 2012;283:11–2.

Petit MN. Un secteur public psychiatrique français réaffirmé. *Soins psychiatrie* 2012;283:11–2.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.167>

#### FA19A

### Historique d'un partenariat européen

C. Muller

*EPSM de l'agglomération lilloise, Lille, France*

Adresse e-mail : [christian.muller@epsm-al.fr](mailto:christian.muller@epsm-al.fr)

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.168>

#### FA19B

### Rencontres européennes

B. Cazenave

*Centre de consultation, Bordeaux, France*

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.169>

#### FA19C

### Mise en œuvre concrète d'un projet Erasmus+

M.-T. Lorient

*Centre hospitalier de Montperrin, Aix-en-Provence, France*

Adresse e-mail : [marie-therese.lorient@ch-montperrin.fr](mailto:marie-therese.lorient@ch-montperrin.fr)

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.170>

#### FA25

### SMAO - La clinique suicidaire en Afrique sub-saharienne : de l'analyse sociologique à la prévention

P. Legrand

*Clinique Fanon, centre hospitalier du Rouvray, Sotteville-les-Rouen, France*

Adresse e-mail : [pierre.legrand@ch-lerouvray.fr](mailto:pierre.legrand@ch-lerouvray.fr)

Malgré un manque d'études et de statistiques officielles, la progression de la clinique suicidaire (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicide) en Afrique Sub-Saharienne semble incontestable sur le terrain. Cette avancée de l'intentionnalité de se donner la mort, s'explique sans doute en partie par les profondes mutations que les sociétés africaines vivent actuellement dans le cadre de la globalisation économique et culturelle.

De ce point de vue, cette augmentation semble donner raison au postulat du sociologue Émile Durkheim selon lequel le fait social serait au moins aussi important que le déterminisme individuel dans l'explication du suicide [1].

Dans une première partie, nous tenterons d'analyser l'évolution des sociétés contemporaines africaines au filtre des concepts Durkheimiens de « régulation » et d'« intégration » pour tenter de donner une ébauche sociologique du suicide en leur sein.

Nous envisagerons dans une seconde partie, de donner un cadre épidémiologique et sémiologique à la clinique suicidaire africaine contemporaine et comment celle-ci a pu naître et évoluer par rapports aux représentations traditionnelles qui y étaient rattachées [2,3].

Nous terminerons par la présentation de l'action que l'association santé mentale en Afrique de l'Ouest (SMAO) développe à travers la mise en place de centre-relais de santé mentale avec son partenaire, l'Ong Saint-Camille de Lellis, au Bénin. Ce programme de formation sur trois années permet de sensibiliser les acteurs de santé de première ligne (infirmiers de soins généraux) à

cette clinique du suicide qui reste encore taboue et difficile à appréhender, tant sur le plan culturel que religieux [4].

**Mots clés** Suicide ; Afrique sub-saharienne ; Durkheim ; Représentations du suicide ; Smao ; Ong Saint-Camille de Lellis

**Déclaration d'intérêts** L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

#### Références

- [1] Durkheim E. Le suicide. Ed Puf; 1897.
- [2] Nwuso SO, Odesamni WO. Patterns of suicides in Ile-Ife Nigeria. *West Afr J Med* 2001;20:259–62.
- [3] Ndosi NK, Mbonde MP, Lyamuya EL. Profile of suicide in Dar es Salaam. *East Afr Med J* 2004;81:207–11.
- [4] Plan d'action pour la Santé Mentale 2013–2020. OMS, Genève.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.171>

#### FA25A

### L'Afrique contemporaine au révélateur de Durkheim

W. Alarcon

Centre hospitalier Mas-Careiron, section 30G05, Uzès, France

Adresse e-mail : [colletdedeze@gmail.com](mailto:colletdedeze@gmail.com)

En 1897, Émile Durkheim, père de la sociologie moderne fait paraître un de ses ouvrages clés, « Le Suicide », qui va bouleverser le regard que l'on porte sur ce phénomène. Il y affirme, que loin d'être un phénomène purement individuel, le suicide est aussi un fait social, qui peut dire quelque chose de la société dans laquelle vit le suicidant [1]. Durkheim révèle les « déterminants sociaux » pouvant influencer le passage à l'acte suicidaire et il conclue à l'existence de plusieurs catégories sociales de suicide. Il met surtout en évidence que ce sont les mutations sociales rapides qui sont les périodes les plus à risque d'augmentation de la pathologie suicidaire. Dans une première partie, nous tenterons ainsi d'analyser l'évolution des sociétés contemporaines africaines au filtre des concepts Durkheimiens de « régulation » et d'« intégration » pour tenter de donner une ébauche sociologique du suicide en leur sein. Nous envisagerons dans une seconde partie, d'analyser les critiques opposables à la vision de Durkheim pour essayer de s'approcher au plus près d'une représentation sociale actualisée du suicide, mêlant à la fois les bouleversements sociétaux d'une Afrique plongée dans la globalisation et les aspirations individuelles nouvelles entre tradition et modernité [2–4].

**Mots clés** Suicide ; Afrique sub-saharienne ; Durkheim ; Régulation ; Intégration ; SMAO

**Déclaration d'intérêts** L'auteur n'a pas de conflit d'intérêt.

#### Références

- [1] Durkheim E. Le suicide. Ed. Puf; 1897.
- [2] Baudelot C, Establot R. Suicide : l'envers de notre monde. Ed. Seuil; 2006.
- [3] Auge M. Pour une anthropologie des mondes contemporains. Ed. Flammarion Champs-Essai; 2010.
- [4] Abélès M. Anthropologie de la globalisation. Ed. Payot Petite Bibliothèque; 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.172>

#### FA25B

### Épidémiologie et représentations du suicide en Afrique sub-saharienne

J.-C. Bernard

CHU de Nantes, Nantes, France

Adresse e-mail : [j-charles.bernard@hotmail.fr](mailto:j-charles.bernard@hotmail.fr)

Le suicide dans les sociétés traditionnelles africaines est depuis longtemps sujet d'interrogations multiples et de fantasmes divers. Existe-t-il ? Prend-il une forme particulière ? Les peuples traditionnels d'Afrique possèdent-ils des mécanismes de protection ? Si oui, quels sont-ils ?

Sur le plan épidémiologique, la rareté des études nous force à rester dans des conjectures. Mais les six articles scientifiques que nous présenterons ([1,2]...) convergent vers des caractéristiques statistiques « classiques » du suicide – avec toutefois un très jeune âge moyen retrouvé, probablement plus reflet de la pyramide des âges africaine que d'une caractéristique en soi du « suicide à l'africaine ». Dans un second temps, nous nous pencherons sur les caractéristiques traditionnelles sociales et anthropologiques des sociétés traditionnelles africaines qui pourraient faire penser à une appréhension différente de cet acte autodestructeur. Nous aborderons le rôle des religions monothéistes et animistes, la place du suicide dans l'histoire traditionnelle et les légendes, et le récit d'un reporter occidental au long cours en Afrique [3], pour nous rendre compte que les sociétés traditionnelles ne possèdent probablement pas plus d'amulette de protection contre le suicide que les sociétés occidentales. Le tabou est, lui, certainement plus fort.

*In fine*, l'évolution de la société africaine vers une société urbanisée au tissu social de plus en plus globalisé et individualiste rendra la question de la teinte culturelle du suicide en Afrique sub-saharienne de plus en plus obsolète...

**Mots clés** Suicide ; Afrique sub-saharienne ; Urbanisation ; Légendes ; Animisme ; Tabou

**Déclaration d'intérêts** L'auteur n'a pas de conflit d'intérêt.

#### Références

- [1] Ndosi NK, Mbonde MP, Lyamuya EL. Profile of suicide in Dar es Salaam. *East Afr Med J* 2004;81:207–11.
- [2] Maniboliot Soumah M, ngwé Eboué A, Ndiaye M, Lami M, Sow E. Aspects épidémiologiques du suicide à Dakar. *Pan Afr Med J* 2013;15:2010–21.
- [3] Kapúscinski R. Ébène : aventures africaines. Paris: Plon; 2000. p. 43.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.173>

#### FA25C

### Suicide en Afrique : de la clinique à la prévention

C. Bergot

CHU de Montpellier, Montpellier, France

Adresse e-mail : [camille.bergot@yahoo.fr](mailto:camille.bergot@yahoo.fr)

La santé mentale, notamment la dépression et le suicide, est l'un des troubles majeurs du 21<sup>e</sup> siècle. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), par son plan d'action pour la santé mentale 2013–2020 [1], préconise de renforcer les dispensateurs de soins non spécialisés, afin qu'ils intègrent la santé mentale à leur prise en charge, permettant l'utilisation de moyens à faible coût, à grande échelle, et ce dans un cadre communautaire. L'OMS insiste également sur la nécessité d'articuler santé physique et santé mentale, pour une prise en charge globale et multidimensionnelle de l'individu.

Pour ce faire, santé mentale en Afrique de l'Ouest (SMAO) développe avec son partenaire l'ONG Saint-Camille de Lellis, au Bénin, un réseau de centres relais de santé mentale, organisés en première ligne de la prévention et la prise en charge des maladies psychiatriques, dont le suicide.

Un programme de formation d'agents de santé communautaires (infirmiers de soins généraux) est mis en place sur 3 années, dont le but est de les sensibiliser à la pratique psychiatrique. Un pré-requis à ce travail est de briser le tabou autour du suicide, qui peut concerner toute personne quels que soient son sexe, son âge, sa culture et sa religion. Destigmatiser le suicide autorisera les patients à en parler, et permettra aux soignants de leur porter un regard non jugeant et non culpabilisant, donnant accès à une évaluation plus fine, notamment par le biais d'échelles d'évaluation simples. Le patient, si besoin, pourra être revu rapidement en consultation au centre relais. Ce système, en offrant une alternative à l'hospitalisation, permet aux patients et aux familles l'accès aux soins à moindre coût.