

L'enseignement dans le cadre d'un diplôme universitaire à Paris-Descartes de l'anthropologie médicale clinique permet aux professionnels de la santé mentale et du social d'accéder à une approche théorique qui leur facilite le travail thérapeutique et l'accompagnement social. Les notions d'*illness*, *sickness* et *disease* autorisent un travail de décentrage et de confrontation de représentations culturelles de la souffrance psychique. Il est important que cette approche soit intégrée dans la formation des professionnels de la santé qui reçoivent des personnes migrantes et réfugiées.

Pour en savoir plus

Hellman CG. Culture, health and illness. 2nd ed. Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford, 1990 [1st ed., John Wright and Sons Ltd, 1984].

Kirmayer LJ, Groleau D, Guzder J, Blake C, Jarvis E. Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Can J Psychiatry* 2003;48(3):145–153. Montréal.

Larchanché L, Sargent C, Bourdin MJ. « Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire: généalogie d'une approche anthropologique ». *Transfaire Cult Rev Anthropol Med Clin* 2010;3:11–22.

Paris C, Bennegadi R, Bourdin MJ. « Santé mentale des migrants et des réfugiés : le cadre de l'anthropologie médicale clinique ». *Transfaire Cult Rev Anthropol Med Clin* 2009;1:12–26.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.209>

S26C

La place des déterminants sociaux dans l'accueil et l'accompagnement des personnes migrantes et réfugiées

S. Larchanché

Centre Française-Minkowska, 75017 Paris, France

Mots clés : *Illness* ; *Sickness* ; *Mediacor*

Le centre Française-Minkowska reçoit des personnes migrantes et réfugiées de toute l'Île-de-France. L'originalité du dispositif mis en place pour la médiation, l'accueil et l'orientation (*Mediacor*) des patient(e)s a permis un éclairage particulier sur la place et le rôle des déterminants sociaux dans la trajectoire migratoire et le parcours d'exil. Cet impact des variables sociales et sociétales (*sickness*) est concomitant à l'expression de la souffrance psychique (*illness*). Les orientations vers le Centre faites par les travailleurs sociaux confirment l'importance de ces éléments.

Pour en savoir plus

Hellman CG. Culture, health and illness. 2nd ed. Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford, 1990 [1st ed., John Wright and Sons Ltd, 1984].

Kirmayer LJ, Groleau D, Guzder J, Blake C, Jarvis E. Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Can J Psychiatry* 2003;48(3):145–153. [Montréal].

Larchanché L, Sargent C, Bourdin MJ. « Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire : généalogie d'une approche anthropologique ». *Transfaire Cult Rev Anthropol Med Clin* 2010;3:11–22.

Paris C, Bennegadi R, Bourdin MJ. « Santé mentale des migrants et des réfugiés : le cadre de l'anthropologie médicale clinique ». *Transfaire Cult Rev Anthropol Med Clin* 2009;1:12–26.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.210>

Le syndrome de Diogène : modèle extrême des difficultés en géro-psi-chiatrie

Président : P. Cléry Melin, Clinique du Château de Garches, 92380 Garches, France

S27A

Le syndrome de Diogène : du mythe à la pathologie

C. Hanon

EPS Erasme, 92160 Antony, France

Le syndrome de Diogène est une entité clinique gériatrique et psychiatrique de description récente. Il s'agit d'un comportement acquis, marqué par un rapport perturbé au corps et à l'habitat. Il entraîne une incurie personnelle sévère et un délabrement du logement. Ce trouble du comportement s'inscrit dans un rapport au monde altéré, avec une réduction des besoins vitaux et relationnels et un refus d'aide et de soins. Les liens entre le philosophe Grec et ce comportement éponyme ne semblent pas en adéquation avec la réalité de terrain. De l'ascèse à la clochardisation, du mépris et de l'insolence à la réclusion morbide, de l'extravagance à la honte, la description syndromique s'éloigne trait pour trait du cynique de Sinope. Les critères diagnostics ne sont pas consensuels et les fondements étiopathogéniques multiples. Ce trouble du comportement se retrouve au sein de maladies psychiatriques, comme les psychoses, les troubles thymiques ou la névrose obsessionnelle grave. Même s'il n'apparaît pas dans les classifications internationales, la catégorie des troubles de l'adaptation chronique autorise l'analogie, dans la mesure où elle envisage que le retrait social puisse être la conséquence d'un stress. Le sujet âgé fragile trouverait dans le repli et la quête d'objets, une solution adaptative à un événement traumatique. Le syndrome de Diogène grève l'évolution de maladies neurologiques déficitaires, comme la démence fronto-temporale ou la maladie d'Alzheimer. Des dysfonctionnements du lobe frontal et des altérations cognitives sont retrouvés. La prise en charge n'est pas codifiée, elle pose des difficultés organisationnelles et des questionnements éthiques. Où s'arrête le respect des libertés individuelles et où débute la non-assistance à personne en danger ?

Pour en savoir plus

Hanon C, et al. Le syndrome de Diogène, une approche transnosographique. *Encephale* 2004;XXX:315–332.

Wong C. Le syndrome de Diogène : description clinique et conduite à tenir. *NPG* 2013;13:51–60.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.211>

S27B

Le syndrome de Diogène : quand la pathologie somatique extrême vient masquer la pathologie psychiatrique

J.-M. Gomas

Institution Sainte-Perrine, AP-HP, 75016 Paris, France

L'irruption de la maladie somatique grave chez un patient Diogène entraîne une cascade de conséquences rarement vues dans les approches rationnelles « normales ». Pendant la vie ambulatoire, à domicile, le refus d'investigations rend le diagnostic bien difficile sinon impossible, jusqu'à la complication entraînant l'hospitalisation ; cette complication est parfois le seul moyen de pénétrer « la bulle d'irréel » de la vie de ces patients. Attendre cette complication n'est pas sans danger, mais cela semble parfois la moins mauvaise voie possible pour éviter la contention violente d'une hospitalisation de force qui se passe toujours mal. En fin de vie, ces patients ont souvent besoin du cadre d'une unité de soins palliatifs tellement leur fin de vie est compliquée :

– la sévérité des complications somatiques véritablement invraisemblables, du fait de la négligence de lésions par ailleurs théoriquement améliorables ;

– « l'explosion familiale » car c'est régulièrement à l'occasion de la maladie somatique grave que la famille découvre l'état du domicile ou prend vraiment conscience de la psychose ou de la démence du proche.

Souvent la famille a un double travail à faire, alors, dans ce qui se découvre « a posteriori » de la vie du patient, véritable bouleversement psychique qui concerne à la fois :

- la réalité de la pathologie de structure familiale ;
- l'aggravation de la maladie par sa non prise en compte, entraînant des situations qui étaient à l'origine évitables.

Enfin, ultime épreuve dantesque, après le décès, la famille devra vider l'appartement au milieu des bestioles en tout genre, trier des quintaux de documents, d'emballages, de bricoles ou d'immondices. . . et découvrir avec horreur des archives insoupçonnées, des cartons de photos terribles, bref des pans entiers, cachés et pathologiques, de la vie de leurs proches. Un soutien prolongé et un travail psychothérapeutique sont alors nécessaires pour les survivants.

Pour en savoir plus

Cherny H et al. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 2011.

Gomas JM. Soigner à domicile des malades en fin de vie. Cerf 2004. Primé par SFMG, 1989.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.212>

S27C

Ôte toi de mon soleil Alexandre : jusqu'où respecter le droit à l'autonomie ?

C. Wong

27, rue Blomet, 75015 Paris, France

Le syndrome de Diogène a le mérite de rassembler la majorité des questions éthiques que nous nous posons quand nous soignons des personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques. Comme toujours le soignant est en position de celui « qui sait » alors que souvent il ne sait pas grand-chose et surtout il ne sait pas quoi faire, ni comment faire, s'il a une idée du faire. Dans sa démarche, il doit éviter 2 écueils majeurs :

- se laisser aller au découragement, et sous prétexte du respect de la liberté du patient, se contenter de ne rien faire ;
- vouloir à tout prix « rendre présentable » ce qui ne l'est pas, pour « cacher ce sein que je ne saurais voir ».

Il est alors confronté aux contradictions apparentes de l'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique (respect de la volonté du patient, y compris dans le refus de soins) et de l'article 223-6 du Code Pénal (non-assistance à personne en danger). Face à ces choix difficiles, nous proposons 5 règles de prise en charge, pour que la réflexion éthique ne soit plus le prétexte à ne rien faire ou à en faire trop. Dégagées de ce débat difficile, les équipes soignantes retrouveront leur rôle :

- soigner ;

- respecter la liberté de celui qui est soigné, dans toute la mesure du possible.

Pour en savoir plus

Gunstone S. Risk assessment and management of patients with self-neglect: a "grey area" for mental health workers. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;10(3):287–296.

Lauder W, Ludwick R, Zeller R, Winchell J. Factors influencing nurses' judgements about self-neglect cases. J Psychiatr Ment Health Nurs 2006;13(3):279–287.

Monfort JC, Hugonot-Diener L, Devouche E, et al. Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. Psychol Neuro Psychiatr Vieil 2010;8(2):141–153.

Sénèque. De la tranquillité de l'âme, chapitre VIII. 5.

Wong C. Démence : garantir la liberté in La liberté de dire non ? Cahier CLEIRPA 2012;45:8–11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.213>

Que devraient être « des pratiques orientées vers le rétablissement » ?

Président : D. Leguay, CESAME, Centre de santé mentale Angevin, CHS, 49000 Angers, France

S29A

Un parcours de soins aménagé pour le rétablissement

E. Giraud-Baro

Centre hospitalier Alpes Isère, 38120 Saint-Égrève, France

Mots clés : Rétablissement ; Parcours de soins ; Usager ; Qualité de vie

Orienter les soins et les services vers le rétablissement réalise un nouvel enjeu qui bouleverse les schémas de soins habituellement centrés sur l'institution et la maladie. Le mouvement de la réhabilitation a fait connaître le concept de rétablissement qui traduit l'expression des choix des usagers. Ce concept de rétablissement illustre des données connues mais peu valorisées : le pronostic des maladies mentales est favorable pour la moitié des personnes atteintes et dépend aussi de facteurs subjectifs et sociaux. Les objectifs jugés primordiaux par les soignants doivent alors être confrontés aux objectifs personnels des patients et usagers dans une nouvelle alliance thérapeutique, dans une éthique tenant compte de la vulnérabilité et de l'autonomie des personnes handicapées psychiques. Les soins orientés vers le rétablissement développeront des stratégies privilégiant les soins ambulatoires et les interventions écologiques, la qualité de vie immédiate, la préservation du pronostic fonctionnel et la déstigmatisation.

Pour en savoir plus

Giraud-Baro E, Vidon G, Leguay D. Soigner réhabiliter pour une reformulation de l'offre de soins et de services. Info Psychiatr 2006;82(4).

Karow A, Naber D, Lambert M, Moriitz S. Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists. Eur Psychiatry 2012;27:426–431.

Provencher H. Le rétablissement : un nouveau modèle en santé mentale. Sante Ment 2006;06:59–65.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.214>

S29B

Déstigmatiser, déspecifier pour accéder à la citoyenneté

C. Leroy-Hatala

Clubhouse Paris, 75010 Paris, France

Mots clés : Clubhouse ; Rétablissement ; Droit commun ; Insertion professionnelle ; Pair-aidance ; Déstigmatisation

Le Clubhouse Paris est un lieu d'activité et d'entraide qui se donne comme mission de participer au rétablissement des personnes vivant des troubles mentaux invalidants. Lieu non médicalisé, de droit commun, inscrit dans la cité, le Clubhouse a 3 missions : rompre l'isolement, lutter contre les discriminations et la stigmatisation, aider à l'insertion sociale et professionnelle. Interrogeons la notion de rétablissement dans cette jeune association qui s'appuie sur une modélisation expérimentée depuis plus de 60 ans à travers différents pays dans le monde. La question du rétablissement est en premier lieu articulée à la définition même du lieu et la structuration de l'association (association loi 1901, emplacement géographique, profil des salariés, tourné vers l'insertion professionnelle, généraliste. . .). En second lieu, ce sont toutes les pratiques quotidiennes d'accompagnement et de soutien qui sont mises à l'épreuve du rétablissement (autogestion, coaching, pair-aidance, . . .) et que nous proposons de discuter. En quoi le Clubhouse