

au même service pour une autre pathologie neurologique. Dans un second temps, nous avons recruté 40 familles multigénérationnelles dont plusieurs membres étaient épileptiques. Nous avons tracé les pedigrees de chaque famille afin d'estimer le taux de consanguinité et de déduire les éventuels modes de transmission de l'épilepsie pour chaque famille.

**Résultats** Cent un cas et 202 témoins ont participé à l'étude. L'analyse multivariée par régression logistique a retenu cinq facteurs significativement associés à l'épilepsie dans le modèle final : la consanguinité au premier degré ( $p=0,029$ ), l'antécédent d'épilepsie chez un apparenté du premier degré ( $p < 10^{-4}$ ), des antécédents de convulsions fébriles ( $p=0,005$ ), de traumatisme crânien sévère ( $p=0,02$ ) et le retard mental ( $p=0,006$ ). Parmi les 40 familles épileptiques, le taux de mariages consanguins était de 50%. L'analyse généalogique a suggéré une transmission autosomique récessive dans 35% des cas.

**Conclusion** La consanguinité est un facteur de risque significativement associé à l'épilepsie. La mise en place d'une stratégie de prévention et de sensibilisation de la population sur l'impact des mariages consanguins ainsi qu'un conseil génétique pour les couples ayant des antécédents familiaux d'épilepsie s'avèrent nécessaires.

**Mots clés** Consanguinité ; Epilepsie ; Facteur de risque ; Génétique

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

*Pour en savoir plus*

Chentouf A, Talhi R, Dahdouh A, Benbihi L, Benilha S, Oubaiche ML, Chaouch M. Consanguinity and epilepsy in Oran, Algeria: a case-control study. *Epilepsy Res* 2015; 111:10–7 [PubMed: 25769368].  
Chentouf A, Dahdouh A, Guipponi M, Oubaiche ML, Chaouch M, Hamamy H, Antonarakis SE. Seizure 2015. Article in press. <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2015.06.015>.

Hanan Hamamy SE, Antonarakis LL, Cavalli-Sforza, et al. Consanguineous marriages, pearls and perils: Geneva International Consanguinity Workshop Report. *Genetics IN Medicine* 2011;13(9). <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.374>

## FA18

### ANPCME – DPC : mode d'emploi

M.N. Petit

Centre hospitalier de Montfavet, Avignon, France

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

Le développement professionnel continu est devenu un enjeu majeur instauré par l'article 59 de la loi HPST, les objectifs étant d'avoir un dispositif commun de l'ensemble des professionnels de santé avec une obligation unique intégrant les objectifs de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles afin de favoriser l'accompagnement des évolutions du système de santé et de développer des coopérations interprofessionnelles entre autres objectifs. La mise en place de ce dispositif s'est avéré quelque peu complexe tant sur le plan administratif et financier qu'au niveau de l'élaboration des programmes scientifiques. Il nécessite encore des adaptations. Les différents établissements de santé ont mis en place des stratégies dans ce domaine qui est une prérogative importante des nouvelles attributions des Commissions médicales d'établissement. L'Association nationale des Président de Commission médicale d'établissement dispense des formations depuis de nombreuses années et a fait évoluer ses formations en proposant depuis 2014 des programmes DPC dans le cadre de ses journées annuelles à Strasbourg. Comment ces programmes sont-ils constitués, qu'est-ce que l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu, qu'elles vont être les nouvelles obligations des psychiatres en termes de Développement professionnel continu ? Nous nous proposons de tracer les grandes lignes de ces évolutions et leur implication concrètes sur notre formation. Après une introduction sur l'ANPCME et ses

liens avec la conférence nationale des psychiatres présidents de CME, nous ferons une présentation du contexte actuel en termes de formation professionnelle et des évolutions à venir ainsi que les modalités pratiques de déclinaison par l'ANPCME.

**Mots clés** Formation ; Médecin ; Programme ; Évolution

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

*Pour en savoir plus*

Loi HPST du 21.07.2009. Arrêté du 26 février 2013. JO du 2 mars 2013.

Filippi I. Le développement professionnel continu des personnels médicaux, mai 2014. *Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier* 168.  
Bazin N. De l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) au développement professionnel continu (DPC) : intégration de la démarche à l'exercice professionnel. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.375>

## FA18C

### Présentation des programmes 2014 (continuité de la prise en charge en psychiatrie) et 2015

B. Cazenave

Hôpital de Dax, boulevard Yves-Du-Manoir, Dax, France

Adresse e-mail : [bernard.cazenave@orange.fr](mailto:bernard.cazenave@orange.fr)

Le parcours de soins en psychiatrie à l'instar des autres spécialités médicales est un enjeu important pour la lisibilité de notre intervention, l'évaluation de la performance de nos organisations et de manière plus générale, l'amélioration de la qualité des soins prodigués. L'ANPCME a choisi ce thème comme fil rouge des DPC qu'elle propose aux praticiens hospitaliers en psychiatrie. En 2014, c'est le parcours de soin à partir des centres médicopsychologique adulte et infanto-juvénile qui a été l'objet de deux sessions, une en juin et l'autre en octobre 2014. Dans ces DPC outre la mise en place de méthodes validées par la HAS, les participants ont pu découvrir et pour certains s'approprier des outils élaborés lors des chantiers de la MEAH sur les CMP et de l'ANAP pendant les 100 pôles d'excellence. Pêle-mêle, on pourrait citer les guides du CMP, la protocolisation des premiers entretiens infirmiers, l'instauration de case manager ou coordinateur du parcours de soin individuel du patient (CPSI) la mise en place d'indicateurs de performance et de la réactivité des organisations. En 2015, le parcours de soin a été négocié à partir des services d'urgence. Ici aussi, ce sont les méthodes de la Haute Autorité de santé (patient traceur) qui ont d'abord été explicitées, puis les outils des praticiens : feuille de protocolisation, coordinateur du parcours de soin indicateur de performance comme lors des sessions de 2014.

**Déclaration de liens d'intérêts** L'auteur n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.376>

## FA19

### Association Française et Eugène Minkowski – Centre Française Minkowska – Parcours de soin et santé mentale

C. Paris

Association F. et E. Minkowski, 12, rue Jacquemont, Paris, France

Adresse e-mail : [paris@minkowska.com](mailto:paris@minkowska.com)

Concernant le parcours de soins en santé mentale « L'objectif est d'améliorer sur le terrain, par des outils et des recommandations de bonne pratique, le parcours de soins et la qualité de vie des personnes présentant des troubles mentaux », précise la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la HAS. Le centre F. Minkowska géré par l'association F. et E. Minkowski

a mis en perspective cet objectif pour une population migrante et réfugiée afin, d'une part, d'éviter toute ghettoïsation des pratiques cliniques et, d'autre part, le souci de répondre à la demande en proposant une offre de soin tout à fait conforme au droit commun et avec un éclairage santé publique. Le projet d'établissement de ce centre medico-psychosocial s'articule sur la valorisation des bonnes pratiques en les déclinant sur trois volets. Le volet théorique autour des représentations sociales et culturelles de la santé et de la maladie mentale, le volet organisationnel avec la mise en place d'un dispositif (Mediacor) permettant d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes migrantes et réfugiées et enfin, le volet clinique avec un cadre thérapeutique reposant sur la notion de compétence culturelle. Ces trois aspects permettent de mieux appréhender les obstacles identifiés dans le parcours de soin et, par conséquent, d'y remédier.

**Mots clés** Représentations sociales ; Représentations culturelles ; Parcours de soin ; Compétence culturelle ; Mediacor ; Cadre thérapeutique

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

*Pour en savoir plus*

Bennegadi R, Bourdin MJ, Paris C. Santé mentale des migrants et des réfugiés : le cadre de l'anthropologie médicale clinique. In *Transfaire & Cultures*. Rev Anthropol Med Clin 2009;1:12–6.

Larchanché S, Sargent C, Bourdin MJ. Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire : Généalogie d'une approche anthropologique. In: *Transfaire & Cultures*. Rev Anthropol Med Clin 2010;3:11–22.

Bennegadi R. Compétence culturelle et migrations. In: Bennegadi R, Coutanceau R (dir.). *Résilience et relations humaines. Couple, famille, institution, entreprise, cultures*. Dunod; 2014.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.377>

#### FA19A

### La mise en cohérence de la demande : cas cliniques traités en Médiacor

M.J. Bourdin

Centre Française Minkowska, 12, rue Jacquemont, Paris, France  
Adresse e-mail : [bourdin@minkowska.com](mailto:bourdin@minkowska.com)

Concernant le parcours de soin du patient, le centre Française Minkowska a mis en place en 2009 un dispositif des Médiation, d'accueil et d'orientation (le MEDIACOR). Il s'agit de clarifier, de qualifier et de traiter dans les meilleurs délais les demandes adressées par les professionnels du soin et du social qui sont confrontés à des représentations culturelles et sociales différentes. La pertinence de ces demandes sera évoquée à partir de la présentation de cas cliniques.

**Mots clés** Médiation ; Accueil ; Orientation ; Représentation

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

*Pour en savoir plus*

Bourdin MJ. « La place des déterminants sociaux en santé mentale : l'apport de l'anthropologie médicale clinique en travail social ». Rev IRTS Montrouge 2012.

Bourdin MJ, Doudou S. « Le travail en binôme au centre F. Minkowska ». In: *Transfaire et culture* 2010;3.

Bourdin MJ. L'éclairage de l'anthropologie médicale clinique dans la relation d'aide en contexte d'interculturalité ». In: *La revue française de service social* 2009.

Larchanché S, Carolyn S, Bourdin MJ. « Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire : généalogie d'une approche anthropologique ». In: *Transfaire et Cultures* 2010;3.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.378>

#### FA19B

### Représentations sociales et culturelles de la santé mentale

S. Larchanché

Centre Française Minkowska, 12, rue Jacquemont, Paris, France  
Adresse e-mail : [larchanche@minkowska.com](mailto:larchanche@minkowska.com)

Dans la prise en charge des personnes migrantes et réfugiées, la prise en compte des représentations sociales et culturelles est indispensable à la pertinence et la cohérence de l'offre de soin, de la prise en charge, et donc du parcours de soin de manière générale. Elle permet des orientations plus précises, ainsi que des diagnostics cliniques et des traitements appropriés. Elle évite donc les parcours d'errance thérapeutique ou encore les hospitalisations arbitraires, fluidifiant ainsi le fonctionnement du système de soin en général. À partir d'exemples concrets basés sur l'évaluation des demandes de prise en charge, l'auteure démontrera la pertinence du cadre de l'anthropologie médicale clinique dans l'identification des représentations sociales et culturelles et leur impact sur les orientations de soin et sur le diagnostic.

**Mots clés** Représentations sociales et culturelles ; Parcours de soin

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

*Pour en savoir plus*

Larchanché S, Sargent C, Bourdin MJ. Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire : Généalogie d'une approche anthropologique. In: *Transfaire et Cultures* 2010;3.

Bennegadi R. Cultural competence and training in mental health practice in Europe: strategies to implement competence and empower practitioners. IOM 2009.

Bennegadi R, Bourdin MJ, Paris C. Les apports de l'anthropologie médicale clinique dans la relation soignant-soigné en situation interculturelle. In: *La revue du soignant en santé publique* 2009;34:14–6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.379>

#### FA19C

### Parcours d'exil et trauma

M.V. Carlin

Centre Française Minkowska, 12, rue Jacquemont, Paris, France  
Adresse e-mail : [carlin@minkowska.com](mailto:carlin@minkowska.com)

Les personnes migrantes et réfugiées que l'on reçoit au centre, souvent orientées par les services sociaux des CADA et des PASS qui sont en première ligne pour les populations vulnérables ou fragilisées. Un cas sera détaillé pour illustrer cette problématique de l'exil et de l'impact du traumatisme sur la personnalité et sur la structure psychique. L'auteur soulignera l'importance cruciale de l'écoute de la souffrance sociale, de l'élaboration diagnostique grâce à la confrontation des modèles explicatoires et à la nécessaire réponse globale sociale et psychothérapeutique. Analyser et comprendre l'impact des déterminants sociaux, sociétaux, culturels et structurels de la personnalité préfigure notre approche centrée sur la personne.

**Mots clés** Déterminants sociaux ; Confrontations de modèles explicatoires ; Trauma ; Personnes migrantes et réfugiées

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

*Pour en savoir plus*

Coutanceau R, Bennegadi R, eds. *Résilience et relations humaines : couple, famille, institution, entreprise, cultures*. Paris: Dunod; 2014. Coutanceau R, Bennegadi R, eds. *Souffrances familiales et résilience*. Paris: Dunod; 2015.

Sargent C, Larchanché S. « Sur les pas de l'anthropologie médicale clinique en France : la maturation d'une approche sur la place de la culture dans les soins de santé mentale ». In: *Transfaire & Cultures*.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.380>