

En plus du statut de Praticien Hospitalier, il propose des modes d'exercices qui sont réservés aux jeunes psychiatres : le « post-internat », qui correspond aux différentes formes d'assistantat. Mais, s'il est bien un domaine de la psychiatrie que l'interne ne connaît pas, c'est le travail dans le secteur privé [3]. Il n'est pourtant pas moins riche que celui dans le public, et offre souvent une plus grande souplesse et indépendance dans le travail. Les possibilités offertes vont du travail en libéral, que ce soit en clinique ou en cabinet, au salariat. Il est possible (et très fréquent), d'avoir une activité mixte publique-privée. Souvent, les psychiatres du médicosocial ont plus un rôle de supervision, de liens avec les établissements psychiatriques [2], et d'évaluations et de suivis de certains pensionnaires en souffrance psychique. On y trouve une grande variété, des CMPP qui demandent un travail clinique « classique », aux instituts de type éducatifs, ou encore aux foyers (jeunes travailleurs, handicapés...). Ces dernières années se sont aussi développés des services dont l'orientation est plus celle d'une « aide à la vie sociale ». Il existe bien d'autres modes d'exercice encore : humanitaire, industrie pharmaceutique, ou encore conseil stratégique en entreprise, journalisme médical... Chaque mode d'exercice a donc ses avantages et ses inconvénients. De plus, une carrière peut évoluer, et la possibilité d'associer ces différents types d'activités enrichit les possibilités.

#### Références

- [1] Berger-Vergiat A, Chauvelin L, Van Effenterre A. Souhaits de pratique des internes de psychiatrie : résultats d'une enquête nationale. *Encephale* 2012 [In review].
- [2] Constant J. « Quel avenir pour les rapports entre équipes psychiatriques et médicosociales ? », *Enfances Psy* 3 2008; 40:100-108.
- [3] Royer V. Enquête sur les pratiques des psychiatres en cabinet libéral. *Psychiatries* 2012;58:29–36.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.206>

S19C

### Le polymorphisme du psychiatre : caméléon ou girouette ? Ou l'itinéraire d'un psychiatre

M. Jurus

1, avenue Maréchal-Foch, 69006 Lyon, France

**Mots clés :** Psychiatrie communautaire ; Socialité ; Urgence psychiatrique privée ; Hospitalisation psychiatrique à domicile  
La formation initiale du jeune psychiatre offre peu de moyens de découvrir la diversité des pratiques possibles en psychiatrie après des années de formation clinique publique hospitalière. Nous apportons ici le témoignage des expériences vécues, après notre internat, comme la consultation en cabinet, la découverte de l'hospitalisation à domicile et de la psychiatrie communautaire, de psychiatre attaché en médecine interne et en urgences médicales mais aussi la création d'un service d'urgence psychiatrique en pratique libérale. L'exercice privé permet de se confronter à des configurations particulières sans la protection rassurante mais rigide de l'institution. Il autorise la création de structures souples qui s'adaptent à la demande, mais exige du psychiatre un polymorphisme dans son attitude clinique. Son comportement doit changer quand il rencontre un malade à son domicile, ou quand il fait un entretien dans un couloir, à travers une porte ou sur un banc public. La diversité de la pratique provoque la rencontre avec des interlocuteurs multiples : famille, travailleurs sociaux, médicaux ou paramédicaux, et la nécessité de déterminer ce que l'on peut dire et comment le dire, de ce que l'on peut faire et comment le faire. Le psychiatre doit faire preuve d'une véritable polyvalence qui demande une souplesse de fonctionnement bien éloignée de ce que la psychiatrie hospitalière impose. L'adaptation à des terrains nouveaux nécessite de faire constamment une analyse de la pratique pour préserver une cohérence interne. La pratique éveille

une théorisation en mouvement. Le psychiatre reste le même et s'adapte au milieu pour permettre un soin.

*Pour en savoir plus*

Hochmann J. Pour une psychiatrie communautaire. Ed. du Seuil, Paris, 1971.

Jeanson F. Éloge de la psychiatrie. Ed. du Seuil, Paris, 1979.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.207>

### Compétence culturelle et prise en charge des personnes migrantes et réfugiées

Président : R. Bennegadi, Centre Française-Minkowska, 75017 Paris, France

S26A

### Compétence culturelle et prise en charge des personnes migrantes et réfugiées

R. Bennegadi

Centre Française-Minkowska, 75017 Paris, France

**Mots clés :** Compétence culturelle ; *Illness* ; *Sickness* ; *Disease* ;

Anthropologie médicale clinique

La compétence culturelle telle qu'elle est développée au centre Française-Minkowska a ceci de particulier dans le fait qu'elle tient compte non seulement de la dynamique entre le thérapeute et le patient mais également du système de soins dans lequel fonctionne cette offre thérapeutique. Il s'agit essentiellement de mettre le thérapeute dans les conditions optimales pour élaborer un diagnostic ou une indication thérapeutique. La dimension linguistique bien entendu n'est jamais négligée, le travail se fait essentiellement sur la reconnaissance de la dynamique engagée par la confrontation des modèles explicatoires. Cela permet au patient d'exprimer sa souffrance avec ses propres termes et ses références culturelles (*illness*) et au thérapeute de formuler au plus juste la nosographie psychiatrique éventuelle (*disease*), tout en tenant compte des déterminants sociaux et de leur impact soit précarisant, soit destructurant. Cette approche est celle de l'anthropologie médicale clinique.

*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].

Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry. Berkeley, Univ. of California Press, 1980.

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 Clinique* 2009;1:12–26.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.208>

S26B

### L'apport de l'anthropologie médicale clinique dans la formation des professionnels en santé mentale

S. Consoli

Hôpital Européen Georges-Pompidou, 75015 Paris, France

**Mots clés :** Personnes migrantes et réfugiées ; Confrontation des représentations culturelles ; Anthropologie médicale clinique ; *Illness* ; *Sickness* ; *Disease*

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.