

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

Paris nous invite à repenser un certain nombre de pratiques et nous interroge sur les pratiques au service du rétablissement ?

*Pour en savoir plus*

Greacen T. 2012.

McKay, Johnsen, Banks et al. 2006.

Mowbray, Woodward, Holter et al. 2009.

Pachoud B. 2012.

Stoffel. 2008.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.215>

S29C

### **Pair-aidance, job coaching, des outils pour le rétablissement**

T. Greacen

Hôpital de Maison-Blanche, 75019 Paris, France

**Mots clés :** Job coaching ; Inclusion sociale ; Pair aidant ; Promotion de la santé mentale ; Rétablissement

La recherche-action EMILIA (2005–2010), financée par la Commission européenne, a décrit sur huit sites européens les obstacles et les facilitateurs à l'accès à la formation et à l'emploi des personnes vivant avec un trouble psychique [1,3]. Ce programme a vu la création, à Paris, du Centre EMILIA, qui propose aujourd'hui d'expérimenter une double approche vers l'inclusion dans le monde de l'emploi. D'un côté, il s'agit de soutenir l'entreprise quant à la problématique de l'apparition d'un trouble de santé mentale chez un salarié et, de l'autre, d'intégrer des personnes handicapées psychiques directement dans l'emploi en milieu ordinaire. Le centre propose un programme de formation et de *job coaching* qui repense non seulement le retour ou l'accès à l'emploi mais qui crée aussi une véritable politique d'entreprise sur l'inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique. Au travers du Centre Emilia et en lien avec le médecin de santé au travail, l'entreprise propose un accompagnement, en forme de *coaching* individuel couplé à des formations collectives. Les formations, basées sur le modèle du rétablissement, s'appuient sur le soutien par les pairs, notamment par d'autres professionnels qui ont déjà vécu un trouble psychique, des pairs aidants [2]. Les formations collectives inter-entreprises s'avèrent être une des voies les plus efficaces pour la personne de réussir son projet de retour ou d'accès à l'emploi, en raison de la dynamique de soutien par les pairs et de mutualisation des compétences acquises lors de l'expérience du vécu de la maladie. Ces démarches individuelles de formation et de *job coaching* s'inscrivent dans une offre de formations pour l'ensemble des salariés à la promotion de la santé mentale en milieu professionnel, à la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale et à la solidarité avec les personnes vivant avec un trouble psychique.

*Références*

[1] Greacen T, Jouet E, editors. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Toulouse: Éditions Erès; 2012.

[2] Jouet E, Favriel S, Greacen T. Emilia: un programme d'empowerment en santé mentale. Sante Homme 2011;413.

[3] Ryan P, Ramon S, Greacen T, editors. Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: towards a new paradigm. London: Palgrave; 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.216>

## Posters

P81

### **Avancées dans la prise en charge des personnes migrantes et réfugiées au centre Française-Minkowska : le concept de compétence culturelle**

R. Wadoux

Centre Française-Minkowska, 75017 Paris, France

**Mots clés :** Anthropologie médicale clinique ; Compétence culturelle ; Management culturel ; Déterminants sociaux de la maladie mentale et système de soins

Le contexte a toujours été déterminant dans la prédominance de telle ou telle approche dans la prise en charge thérapeutique des personnes migrantes et réfugiées, au niveau de la formation des professionnels de la santé mentale ou dans les paradigmes de la recherche du rôle de la culture dans le soin. Aujourd'hui, le travail d'accompagnement, de formation, de recherche et de thérapie s'optimise grâce à l'approche de l'anthropologie médicale clinique et avec la notion fondamentale de la confrontation des modèles des représentations culturelles. La notion de compétence culturelle permet de synthétiser toutes ces problématiques en soulignant l'équilibre de la relation de personne à personne, en évitant toute stigmatisation et en validant des processus épurés de tout stéréotype. Un dernier élément qui s'avère déterminant dans la pertinence du concept de compétence culturelle est la prise en compte des caractéristiques du système de soins dans lequel se développe cette interface soignant soigné.

*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 Clin 2009;1:12–26.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.217>

P82

### **Fausse allégations et aveux : à propos d'un cas d'inceste mère-fils**

A. Senninger, J.-L. Senninger

CHS, 57200 Sarreguemines, France

**Mots clés :** Inceste mère-fils ; Fausse allégations ; Inceste ; Droit Les fausses allégations d'agression sexuelle de nature incestueuse semblent se multiplier. Un cas singulier de dénonciation par un fils d'un inceste commis à son encontre par sa mère est détaillé. Les aspects juridiques et psychopathologiques de la sincérité sont étudiés et appliqués aux fausses allégations d'agression sexuelle, puis aux aveux de fausses allégations. L'inceste est un acte qui se prête aisément aux fausses allégations, même si cela reste l'exception. Mais cet aspect ne peut être rejeté sans analyse préalable, tant par les juristes que par les psychiatres. Un tel acte paraît tellement monstrueux que sa réalité peut être refusée. Au total, le problème de la sincérité dans l'inceste mère-fils est très complexe et des éléments d'analyse psychodynamique sont apportés par les auteurs. *Pour en savoir plus*