

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.