

P095

Psychiatrie et culture : à propos de deux cas

M.T. Benatman*, S. Benhabiles, K. Hammal, S. Sinaceur, F. Asselah

CHU Mustapha, Alger, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : tayebenatmane@yahoo.fr (M.T. Benatman)

L'hétérogénéité culturelle dans laquelle la psychiatrie se développe, donne la nécessité d'articuler les savoirs académiques et les savoirs locaux afin de parvenir à des diagnostics et des soins pertinents. L'ethnopsychiatrie ou psychiatrie comparative est une méthode d'investigation qui tente de comprendre la dimension psychiatrique de la culture. Et la psychiatrie comparative a été isolée par Emil Kraepelin en 1904 qui recherchait les concordances nosologiques.

L'évolution moderne elle, se base sur la perspective se référant à ce qui est spécifique dans une culture donnée et la perspective universaliste. Une femme de 70 ans, dépressive et anxieuse, lors d'un entretien, nous demande si nous avons des contacts avec nos aïeux ? Certains étonnés pensant qu'elle délirait, les plus anciens tentèrent de savoir plus. . .

B.A., 54 ans de retour d'une « omra » (un rituel religieux aux lieux saints) fait des attaques paniques traités par des antidépresseurs en vain. Sans cette dimension et ouverture culturelle, à la connaissance de l'histoire, de son histoire pourra-t-il s'en sortir ? Il faut une autre grille d'interprétation de la pathologie mentale avec ses représentations culturelles et traditionnelles.

Déclaration d'intérêts Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.119>

Rencontres avec l'expert

R2

L'insertion professionnelle comme facteur de rétablissement

N. Franck^{1,*}, B. Pachoud²

¹ Service universitaire de réhabilitation, centre hospitalier Le Vinatier, Lyon, France

² Université Denis-Diderot, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.franck@ch-le-vinatier.fr (N. Franck)

Le développement de troubles psychiques favorise les ruptures biographiques dans l'existence des sujets qui en sont atteints. La complexité de leur évolution renvoie à des réponses thérapeutiques complexes. La rémission symptomatique, observée dans la perspective des professionnels de santé, n'est pas toujours corrélée au vécu des usagers. De plus, dans leur perspective, les différents secteurs de l'existence (vie sentimentale, logement, famille, profession, loisirs, etc.) font parfois l'objet d'une amélioration hétérogène.

Une « réponse humaine à la maladie » peut être proposée à partir d'une notion subjective, celle de rétablissement. Celle-ci implique l'autodétermination du sujet et la restauration d'un équilibre, aboli par les troubles, qui ne soit pas centré sur la maladie. Le concept de rétablissement s'oppose à un modèle objectivant de la maladie, qui propose un retour à l'état antérieur à travers une disparition des troubles. Le rétablissement est un processus impliquant une prise de conscience, une acceptation des difficultés et une motivation au changement. Il est rythmé par des moments décisifs (tel le *turning point*) sur fond de changements permanents. Progressivement s'opère une redéfinition de soi permettant de nouveaux choix vers une « vie accomplie » [1]. Ce type de rapport à soi met en exergue

la dimension éthique d'un processus qui ne se réduit pas au résultat du soin, mais s'exerce en complémentarité. Le rétablissement questionne l'accompagnement médical susceptible de favoriser ce processus. Les échanges narratifs permettent au sujet de redevenir « auteur, narrateur et acteur » [2] à travers le récit de soi et une dimension de « mimesis praxeo » (représentant de l'action). La place des pairs est centrale par son soutien favorisant la constitution d'une identité de personne retrouvant une vie active sociale. Par ailleurs, des outils thérapeutiques – dont la remédiation cognitive – qui permettent de renforcer les processus préservés et de mieux composer avec les troubles, sont de nature à favoriser le rétablissement [3].

Mots clés Rétablissement ; Autodétermination ; Processus ; Mise en récit ; Redéfinition de soi ; Stigmatisation

Déclaration d'intérêts Conférences : invitations en qualité d'intervenant : AstraZeneca, Janssen, Otsuka.

Conférences : invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise) : Roche, versements substantiels au budget d'une institution dont vous êtes responsable : AstraZeneca, SBT, Formacat.

Références

- [1] Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1990.
- [2] Ricoeur P. Temps et récit, Tome 1. Paris: Seuil; 1983.
- [3] Martin B, Franck N. Rétablissement et schizophrénie. EMC Psychiatrie 2013 [37-290-A-20, 9 pp].

Pour en savoir plus

Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques: un changement de regard sur le devenir des personnes. *Info Psychiatr* 2012;88:257–66.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.120>

R3

Procureur/psychiatre : quelles collaborations ? Quelles attentes ?

M.-N. Petit

Centre hospitalier de Montfavet, Avignon, France

Adresse e-mail : marie-noelle.petit@ch-montfavet.fr

Résumé Les professionnels de la psychiatrie et de la justice sont amenés à se rencontrer depuis de nombreuses années.

Si les psychiatres apportent depuis longtemps leur contribution à la justice en tant qu'experts ou médecins coordonnateurs, à une place clairement définie, les relations sont parfois plus complexes dans deux domaines parfois source de questionnement dans nos pratiques.

Nous aborderons l'articulation santé justice dans la prise en charge des obligations et injonctions de soin où nécessaire articulation et respect sans faille du secret professionnel et de la thérapie, amènent des relations parfois tendues qui nécessitent quelques aménagements. Nous aborderons ensuite l'application de la loi de juillet 2011 qui a instauré la judiciarisation garante du respect des droits du patient.

Ces nouvelles dispositions, attendues majoritairement par notre profession, ne sont pourtant pas sans poser question, lorsque le juge ne s'en tient pas à juger sur la forme et le respect de la procédure mais s'invite sur le terrain de la clinique, allant jusqu'à remettre en question la poursuite d'une hospitalisation ou proposer la modification du projet de soin en préconisant la mise en place de soins sans consentement ambulatoires.

Connaître les prérogatives, les contraintes de chacun mais aussi les limites de son champ d'intervention, peut permettre d'éviter les malentendus source de tension.

La mise en place de temps de rencontre formalisés, comme les tables rondes santé justice, sur des questions théoriques et pratiques permet une connaissance mutuelle dans le respect des places de chacun.

Enfin, la présence de juriste au sein des établissements psychiatriques peut également être une interface pertinente.

Mots clés Psychiatrie ; Justice ; Patient ; Soins ; Loi ; Articulation

Déclaration d'intérêts L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.
Pour en savoir plus

Petit MN, Fuya C, Fournier A. Quelques réflexions autour du soin au sein de l'unité Joseph Grasset, 10-11-12/2003, Forensic n° 6.

Rome I. Pour un juge garant de la liberté individuelle de chaque patient. *Info Psychiatr* 2011;87:749–822.

Senon JL. Un bilan en demi-teinte de l'interface santé justice, février 2009, *AJPénal* 2009;2.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.121>

R3

Procureur/psychiatre : quelles collaborations ? Quelles attentes ?

R. Sanesi

Tribunal de Grande Instance, Laval, France

Adresse e-mail : Raphael.Sanesi@justice.fr

Le magistrat recherche de plus en plus l'éclairage du psychiatre au cours d'un procès. De manière générale, pour les faits les plus graves dans la classification des infractions l'expertise est de droit. Le législateur a agrandi le champ d'intervention du psychiatre dans la scène judiciaire, notamment pour les infractions de violence sexuelle. Le magistrat du parquet a besoin d'une articulation parfaite entre la matérialité des faits et la personnalité de l'auteur. Le rôle du parquet n'est pas simplement de réunir les éléments matériels du crime ou du délit mais de procéder aussi par une orientation criminologique à l'étude de la personnalité de l'auteur.

Pourquoi ? :

- comprendre la genèse du passage à l'acte, sa spécificité, le décalage d'enfant ;

- comprendre le vide de l'oubli normatif d'un individu apparemment inséré dans la société qui va soudainement se marginaliser. Comprendre la distinction dans le cadre de comportement sexuel entre une verbalisation et un raisonnement adapté en apparence toujours, et un comportement caché ou secret.

Assimiler l'impact des maladies mentales sur l'altération ou l'abolition du discernement.

Approcher le critère de dangerosité avec sa différence sur le plan psychiatrique ou sur le plan pénal :

- savoir si nous donnons le même sens à la terminologie rappel « à la loi » ; qu'est ce qu'un besoin de sanction pour le psychiatre ?

- cette expertise est-elle une démarche qui va stigmatiser un comportement ou participe-t-elle déjà à une démarche de soin ?

Mots clés Réquisitions ; Rappels de loi ; Abolition ; Parquet ; Garde à vue

Déclaration d'intérêts L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.
Pour en savoir plus

La loi du 5 juillet 2011 – Le Code Pénal – Le Code Civil.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.122>

R9

Infanticides : ces mères qui tuent

N. Nabhan-Abou

Centre hospitalier de Laval, Laval, France

Adresse e-mail : nidalaa@hotmail.com

Depuis le meurtre de ses deux enfants par Médée jusqu'à la société actuelle, l'infanticide est le meurtre d'enfants le plus difficile à comprendre. Il brise ainsi le tabou de la maternité épanouie et protectrice, et illustre toute la complexité du lien mère-enfant. Les questions suscitées par un tel acte sont de divers ordres interrogeant non seulement la psychiatrie mais également la justice, la sociologie et l'anthropologie. Après avoir évoqué certains aspects terminologiques avec la distinction entre filicide, néonaticide, libricide, nous proposons d'aborder les caractéristiques cliniques

psychopathologiques et criminologiques de ces mères meurtrières et la dynamique du passage à l'acte, en différenciant la pratique clinique psychiatrique de l'expérience expertale judiciaire.

Mots clés Infanticide ; Dénî de grossesse ; Suicide altruiste ; Expertise pénale

Déclaration d'intérêts L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.
Pour en savoir plus

Freud S. « Deuil et mélancolie ». *Métopsycho* 1974;147–174.

Resnick PJ. « Child murder by parents: a psychiatric review of filicide ». *Am H Psychiatry*;126:325–34.

Perrussel G. « L'homicide altruiste des mélancoliques et des persécutés ». Thèse de médecine. Paris, 1923, p. 43.

Benezch M. « Dépression et crime, revue de la littérature et observations originales ». *Ann Med Psychol* 1991;149(2):150–65.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.123>

R11

Existe-t'il des facteurs de vulnérabilité psychologique au fait d'être victime de violence ?

G. Airagnes

Unité fonctionnelle de psychologie médicale et psychiatrie de liaison et d'urgences, hôpital Européen Georges-Pompidou (HEGP), Paris, France

Adresse e-mail : guillaumeairagnes@yahoo.fr

Prévenir la violence est un défi planétaire impliquant des déterminants complexes et multidimensionnels. Parmi les composantes individuelles, peu d'études se sont intéressées à explorer d'éventuels facteurs de vulnérabilité psychologique chez les victimes de violence. Pourtant ces facteurs seraient potentiellement modulables ouvrant la possibilité à des stratégies de prévention et de postvention. Nous avons conduit une étude descriptive et transversale sur une période de quatre mois avec pour objectif principal de rechercher différents profils homogènes de personnalités victimogènes.

Les sujets recrutés étaient tous les patients majeurs se présentant à la consultation de victimologie du service de médecine légale du CHU d'Angers de janvier 2011 à avril 2011. L'outil d'évaluation utilisé était l'Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minnesota-2 (MMPI-2). Soixante-cinq sujets ont été inclus. Quatre groupes homogènes ont été constitués par classification ascendante hiérarchique à partir des scores aux échelles de validité et aux échelles cliniques de base du MMPI-2.

Les sujets de la classe 1 traversaient un état émotionnel aigu secondaire aux violences subies. Les sujets de la classe 2 présentaient des traits marqués d'hypomanie et à moindre mesure de paranoïa, avec une prédominance d'hommes seuls, victimes d'un agresseur connu. Environ la moitié d'entre eux avaient déjà été victimes de violences. Les sujets de la classe 3 présentaient un profil de personnalité équilibré au regard du MMPI-2. Les sujets de la classe 4 présentaient des traits hypochondriaques reflétant une tendance à l'expression de plaintes somatiques pour signifier un état de détresse psychosociale, avec une prédominance de femmes vivant en couple et victimes d'un agresseur inconnu.

Même si les limites de cette étude imposent d'interpréter ses résultats avec précaution, elle encourage l'exploration des facteurs de vulnérabilité psychologique des sujets des classes 2 et 4 pour discuter des stratégies de modulation potentielle de ces facteurs de vulnérabilité.

Mots clés Victime ; Personnalité ; Violence ; Vulnérabilité ; Aggression

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas de conflit d'intérêts à déclarer.

Pour en savoir plus

McMurrin M, Duggan C, Christopher G, Huband N. The relationships between personality disorders and social problem