

**P076****Syndrome de Diogène : étude descriptive au sein d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé**

B. Houbin\*, V. Fouilleron, M. Pichard, A. Rauzy  
Groupe hospitalier Paul-Guiraud, 94800 Villejuif, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [benoit.houbin@ch-pgv.fr](mailto:benoit.houbin@ch-pgv.fr) (B. Houbin)

**Introduction** L'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA Ouest 94), du groupe hospitalier Paul-Guiraud de Villejuif, intervient auprès des personnes de 60 ans et plus, résidant une des 15 communes de l'ouest du Val-de-Marne. Elle fonctionne de manière intersectorielle, mobilisant conjointement le psychiatre, l'infirmière de l'équipe et un infirmier du CMP du lieu de domiciliation, préalablement déterminé au sein de chacun des huit CMP du territoire.

**Matériel et méthode** Cette étude descriptive s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2013, inclut 23 patients présentant un syndrome de Diogène selon les critères de Clark (comportement caractérisé par une négligence de l'hygiène corporelle et de l'habitat, associé à une accumulation d'objets divers et un isolement).

**Résultats** Parmi les patients, 73,9% sont des femmes. L'âge moyen est de 75,1 ans ; 82,6% vivent seuls à domicile ; 73,9% présentent une comorbidité somatique, seuls 21,7% ont un médecin traitant ; 82,6% n'ont pas d'antécédents psychiatriques connus. Les signalements proviennent majoritairement des services sociaux et des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) du territoire. Aucune pathologie n'est retrouvée dans 34,8% des cas. Les diagnostics cliniques les plus fréquemment posés sont les troubles de l'humeur (26,1%), les troubles démentiels (17,4%) et les troubles psychotiques (13%). Concernant les prises en charge proposées, 39,1% des patients sont orientés vers un suivi psychiatrique ambulatoire, 13% vers une consultation gériatrique. Une veille sanitaire a été instaurée dans 17,4% des cas. Trois patients ont été hospitalisés (2 en psychiatrie, 1 en gériatrie). Une protection juridique a été indiquée dans 30,4% des cas.

**Conclusions** Les résultats sont comparables aux données de la littérature. L'équipe mobile, au travers d'interventions à domicile, facilite l'évaluation et l'accès aux soins des patients présentant un syndrome de Diogène.

**Mots clés** Syndrome de Diogène ; Sujets âgés ; Équipe mobile ; Démence ; Dépression

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

*Pour en savoir plus*

Clark A, Mankikar G, Gray I. The Diogene syndrome. A clinical study of gross self neglect in old age. *Lancet* 1975;15:366–8.

Hanon C, Pinquier C, Gaddour N, Saïd S, Mathis D, Pellerin J. Diogenes syndrome: a transnosographic approach. *Encephale* 2004;30(4):315–22.

Monfort JC, Hugonot-Diener L, Devouche E, Wong C, Péan I. Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. *Psychol Neuropsychiatr Vieillesse* 2010;2:141–53.

Reyes-Ortiz CA. Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. *Compr Ther* 2001;27:117–21.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.100>

**P077****L'homicide pathologique : une expertise psychiatrique**

R. Machane\*, M.T. Benatmane, S. Benhabiles, K. Hammal, S. Sinaceur

CHU Mustapha, Alger, Algérie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [tayebenatmane@yahoo.fr](mailto:tayebenatmane@yahoo.fr) (R. Machane)

L'homicide pathologique survient dans un contexte psychoaffectif morbide avec des motivations toujours affectives. Les impulsions au meurtre, les crimes immotivés restent un symptôme clinique de la plus haute importance. Elle évolue par accès revêtant un caractère mixte à la fois discordant et psychopathique. Entre les accès, l'existence d'un minimum de trouble et le sujet peut souvent mener une vie proche de la normale. Il s'agit de deux jeunes hommes de milieu différent ayant commis chacun un homicide sans aucun motif. Leur passage à l'acte est trop complexe pour n'être qu'un signe ou qu'un symptôme. Dans notre expertise, il est question de restituer une image la plus fidèle possible de notre compréhension de ce qui se joue sur la scène de la violence intime du sujet.

**Mots clés** Homicide ; Motivations ; Trouble ; Expertise

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.101>

**P078****Le conseil local de santé mentale : exemple de démocratie sanitaire pour les territoires de santé**

P. Guezennec\*, J.-L. Roelandt  
CCOMS/EPSM Lille Métropole, Lille, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pguezennec@epsm-lille-metropole.fr](mailto:pguezennec@epsm-lille-metropole.fr)

(P. Guezennec)

La santé mentale ne se limite pas au seul champ de la psychiatrie, mais concerne autant tous les secteurs d'activité que la population générale elle-même.

Le champ des professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale est cloisonné et dispersé. Organiser des niveaux cohérents de prise en charge, permettre la compréhension des troubles psychiques, fluidifier les parcours, lutter contre la stigmatisation, voici l'enjeu des conseils locaux de santé mentale (Clsm), exemple de démocratie sanitaire de territoire. C'est en effet un lieu de concertation et de coordination co-construit entre les élus locaux, la psychiatrie publique, les usagers, les aidants et tous les services sanitaires et sociaux. L'objectif est de définir en commun des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.

La psychiatrie publique a un rôle essentiel mais pas unique, dans la participation pleine et active aux actions en faveur de la santé mentale des populations. C'est le changement de paradigme, passer des soins aux personnes aux actions de prévention pour un territoire pensé comme lieu de vie de citoyens. Le Clsm conduit les acteurs à penser une réponse collective aux problèmes de santé mentale, ce qui implique de :

- demander aux élus de piloter les actions pour leurs concitoyens ;
- faire participer tous les acteurs (soins, social, éducation...) aux orientations de la politique locale de santé mentale ;
- considérer l'hospitalisation comme une alternative aux soins dans la cité, en passant des services de psychiatrie publique hospitaliers, à des services territoriaux, organisant les soins au plus près des citoyens afin d'éviter les hospitalisations, par le déploiement systématique d'équipes mobiles et des hospitalisations à domicile ;
- renforcer les actions de santé communautaire en reconnaissant l'expertise des usagers et leur participation effective et concrète à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique de santé mentale.

**Mots clés** Coordination ; Territoire ; Politique ; Décloisonnement

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

*Pour en savoir plus*

El Ghazi L. « Santé mentale, un rôle clé pour les collectivités », *Revue La Gazette*, décembre 2008.