



Le Psy Déchaîné

Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie | N°4 - Sept 2011

INTERNES EN 2011
QUEL AVENIR ?



LES PIEDS SUR TERRE **OU** LA TÊTE DANS LES ÉTOILES ?



En route pour le numéro 4 dans lequel vous retrouverez vos rubriques « BD » et « Focus sur une ville », et en découvrirez une nouvelle : « Késako ? ».

Pour ceux qui ont la bougeotte et souhaitent effectuer un stage à l'étranger, l'article sur le groupe d'échange européen est pour vous !

Pour ceux qui ont un train de retard et ne sont pas encore inscrits aux congrès à venir, vous pourrez découvrir le programme du CNIPsy 2011 qui revient sur sa terre natale du ch'nord, celui du symposium organisé pour le congrès de la SIP en octobre par

l'association des internes de Montpellier et celui prévu pour le congrès du CFP en décembre par l'AFFEP. Par ailleurs, la PEP'S, association des internes en psy de Paris, partagera avec vous les réflexions cliniques menées lors du CPNLF de juin dernier.

Enfin, ce numéro est l'occasion de vous présenter la 1ère journée de travail CNUP-AFFEP, qui a eu lieu à Paris en mai 2011 et a réuni les coordonnateurs régionaux et les référents régionaux et interrégionaux de l'AFFEP.

Marion Azoulay et Aude van Effenterre

■	Edito : Mobilisez-vous qu'ils disaient !	01
■	1ère journée de travail CNUP-AFFEP	02
■	Il était une loi...	10
■	CPNLF 2011 : Obsession ou automatisme mental ?	12
■	Variations sur le thème des perversions	17
■	Focus sur une ville : Nantes	18
■	19ème forum de l'EFPT à Prague	20
■	Programme d'Echanges Européens	24
■	Késako ? : le Derpad	26
■	L'AFFEP, un menu plein de saveurs !!!	28
■	CNIPsy 2011: [enfermements]	29
■	L'AFFEP au CFP : DSM, facebook et l'industrie pharma !	32
■	Agenda des congrès et colloques	34
■	BD : La vérité sort de la bouche des patients	35
■	Annonces de recrutement	36

Le bureau 2011-2012 :

Présidente :
Aude VAN EFFENTERRE, avaneff@gmail.com

Vice-présidente :
Marion AZOULAY, marion.azoulay13@gmail.com

Secrétaire :
Malaïka LASFAR, malaikalasfar@yahoo.fr

Trésorière :
Aurélië BERGER, berger.aurelie@yahoo.com

Coordination nationale :
Ilan ATTYASSE, ilanattyasse@yahoo.fr

Délégués EFPT :
Jordan SIBEONI, jordansib@hotmail.com
Elodie DEL VALLE, elodiedelvalle@gmail.com

Déléguées syndicats :
Marie-Elisabeth FISCHER, mariezafischer@hotmail.com
Lucie CHAUVELIN, lulu.chauvelin@orange.fr

Rédactrices en chef : Marion Azoulay et Aude van Effenterre

Ont participé à ce journal :
Ilan Attyasse, Marion Azoulay, Pierre-Yves Bars, Aurélie Berger, Lucie Chauvelin, Pierre-Louis Couturier, Elodie del Valle, Marie-Elisabeth Fischer, Thomas Gibon, Pauline Houssinot, Caroline Pontvert, Jordan Sibeoni, Sabine Susini, Aude van Effenterre, Louis von Theobald, l'équipe organisatrice du CNIPsy 2011 et l'équipe du Derpad.

Bande dessinée : Claire Farina, référente AFFEP de Rennes

1ère de couverture : Marie-Elisabeth Fischer

Régie publicitaire :
Macéo édition, M. Tabtab, Directeur
Tél : 01 53 09 90 05 - 11, bd Ornano - 75018 Paris
maceoeditions@gmail.com

Imprimé à 2100 exemplaires. Maquette et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

ERRATUM

Dans l'interview du Pr Elkaim du Psy Déchaîné N°3, deux erreurs se sont malencontreusement glissées dans le texte :

- Page 16. Colonne 1. 3ème ligne : lire « conforter » au lieu de « confronter »;

- Page 17. Colonne 1. 2ème ligne de la réponse à la 2ème question : lire « au vécu du psychiatre » plutôt qu'« à la victime du psychiatre ».

Le bureau de l'AFFEP prie le Pr Elkaim de bien vouloir l'excuser pour ces erreurs.

Édito



MOBILISEZ-VOUS QU'ILS DISAIENT !

Une nouvelle année universitaire commence et le « Psy Déchaîné » va bientôt souffler sa première bougie... Un an déjà et donc l'occasion d'accueillir une nouvelle promotion de jeunes collègues : toutes nos félicitations ! Mais, si vous avez trouvé révoltant et ubuesque l'épisode (à rebondissements) des épreuves de LCA, vous n'avez encore rien vu !!! Car vous allez, malheureusement, faire vos armes dans une période désormais sombre de la psychiatrie. En effet, la loi du 5 Juillet 2011, réformant celle du 27 Juin 1990 (relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation), malmène nos patients mais aussi l'une de nos fiertés, à savoir le secteur psychiatrique, déjà en déficit de moyens humains et financiers. Mais, rassurez-vous, les internes, comme tous les autres professionnels de la psychiatrie, se sont mobilisés, se mobilisent, et se mobiliseront encore et toujours... pour défendre une des spécialités médicales les plus enrichissantes qu'il soit.

A sa manière, le « Psy Déchaîné » témoigne, au fil de ses numéros, du dynamisme de la psychiatrie et surtout de ses jeunes psychiatres en formation : « coups de gueule » contre ceux qui voudraient donner une orientation sécuritaire à notre profession et faire de nous des acteurs de la défense sociale (vous l'aurez compris, c'est l'actualité chaude du moment !), mais pas seulement... associations locales de plus en plus créatives, congrès et symposiums originaux organisés par des internes aux quatre coins de la France, réalisation d'enquêtes dans le but d'établir un état des lieux de notre formation actuelle, etc.

En parlant de formation, l'AFFEP œuvre à son amélioration, tout en militant pour la diversité des enseignements et le respect des spécificités régionales, et a récemment réinstauré des rencontres régulières avec le CNUP (Collège National des Universitaires de Psychiatrie). Ainsi, le 10 Mai 2011 a eu lieu la 1ère réunion entre coordonnateurs du DES de psychiatrie et référents AFFEP. Cette journée a été l'occasion, pour les universitaires responsables de notre enseignement et les internes présents, d'échanger et d'entamer un dialogue qui, nous l'espérons, va perdurer au sein de chacune des 26 villes d'internat... En effet, nous défendons que les internes doivent devenir des acteurs et donc prendre une part active dans leur formation. Au diable la résignation et les plaintes à voix basse, crions haut et fort nos propositions constructives afin qu'enseignants et internes avancent dans le même sens ! Il nous semble primordial qu'un dialogue continu et réciproque s'instaure entre chaque association locale d'internes en psychiatrie et chaque coordonnateur de DES. Ce n'est que dans la communication et le partage, dans la diversité et l'ouverture d'esprit, que nous améliorerons notre formation.

Pour finir, comme le disaient déjà certains légionnaires romains bien célèbres : « Engagez-vous qu'ils disaient ! »...

... MOBILISEZ-VOUS QU'ILS DISAIENT !

Marion Azoulay

Le 10 mai 2010, l’AFFEP a organisé avec le CNUP la 1ère rencontre regroupant les coordonnateurs de DES de psychiatrie et les référents régionaux et inter-régionaux de l’AFFEP. Cette journée s’est déroulée dans l’amphithéâtre Deniker à l’hôpital Sainte-Anne à Paris.

19 villes étaient représentées par les internes, 15 par les universitaires.

Nos objectifs étaient de créer, à travers cette réunion, un moment d’échange et de partage afin d’avancer de manière concrète et constructive sur certains aspects de la formation actuelle en psychiatrie.

Après un bref rappel de l’historique, des objectifs et de l’organisation de l’AFFEP, nous avons présenté, en 1ère partie de journée, les résultats des différentes enquêtes menées depuis plusieurs années sur la formation en psychiatrie en France. Plusieurs discussions s’en sont suivies. Dans une 2nde partie, chaque inter-région s’est réunie de façon à évoquer les problématiques spécifiques à l’inter-région, et à prendre des décisions visant à améliorer la formation.

■ **Réflexions sur la formation à la recherche** (à partir des résultats de l’enquête menée en 2009-2010, cf Psy Déchaîné N°1)

Tout d’abord, il semblerait opportun que l’AFFEP se mette en relation avec des représentants des internes d’autres spécialités afin de connaître leur point de vue sur la recherche et de comparer les modalités d’accès, de financement...

Les enseignants du CNUP se sont

montrés particulièrement intéressés par cette enquête, et nous ont encouragés à poursuivre ce questionnement lors de nouvelles enquêtes, afin notamment de déterminer les raisons qui poussent un interne à choisir tel ou tel master de recherche. En effet, en fonction des objectifs de l’interne, cette année ne s’envisage pas sous le même angle et ne demande pas le même type d’investissement (découvrir la recherche en psychiatrie, devenir chercheur, entamer une carrière universitaire, etc.).

Un débat s’est ensuite ouvert sur la question de la Recherche en Sciences Humaines (S.H.). En effet, selon certains coordonnateurs présents, il semble être évident que si l’on se forme à la recherche en S.H. plutôt qu’en Sciences fondamentales (S.F.) tel que les neurosciences, on risque fortement de ne pas obtenir l’HDR (Habilitation à Diriger des Recherches) pourtant obligatoire à l’obtention de l’agrégation. Néanmoins, selon d’autres coordonnateurs, des nominations sur des HDR de S.H. ont eu lieu récemment et l’évolution que va connaître notre discipline dans les années à venir devrait donner la place escomptée aux S.H. ; il est donc important de ne pas décourager les internes à s’intéresser et à s’investir dans des projets de recherche en S.H. Ont été aussi pointées les difficultés de

financement des projets de recherche en S.H., mais aucune solution réelle n’a émergé.

Lors d’une réunion récente sur l’évaluation du plan Santé Mentale 2005-2008, Bernard Dulac (CNRS Bordeaux), a ainsi mis l’accent sur l’importance d’une pluridisciplinarité de la recherche pour donner de la vitalité à la discipline.

Au terme du débat, un consensus s’est dégagé pour dire que si les sciences humaines sont le fondement de la psychiatrie, ce champ n’est pas la voie la plus directe pour accéder à une carrière universitaire.

A noter pour finir que le développement des postes d’internes « mi-temps clinique / mi-temps recherche » et leur généralisation à chaque inter-région semble être un premier axe d’amélioration très intéressant.

■ **La formation aux psychothérapies** (à partir des résultats de l’enquête publiée dans le Psy Déchaîné N°3)

Une des difficultés rencontrées actuellement par les enseignants est de suivre la maquette qui, selon **l’arrêté du 10/09/01**, impose 250h sur 4 années de formation, avec des exigences pédagogiques et des objectifs précis.



En effet, beaucoup de régions ont une formation qui dépend des intérêts propres à chaque coordonnateur. Ainsi, trouver une maquette qui permettrait d’harmoniser la formation par inter-régions est un des objectifs principaux des rencontres annuelles entre le CNUP et l’AFFEP.

Une réflexion est nécessaire à la fois sur la part théorique de la formation aux psychothérapies ainsi que sur la formation pratique et la relation « médecin-malade ».

Quant à la supervision, elle se décline en « educational supervision » (tutorat), en « clinical supervision » (accompagnement sur les terrains de stage) et en supervision des psychothérapies réalisées par les internes. Il faut alors clairement définir ses modalités ainsi que les aptitudes attendues chez les superviseurs.

Certains universitaires évoquent alors l’intérêt d’un carnet de stage dont l’interne pourrait se servir pour noter, par exemple, le nombre de séances de supervision.

■ **Etat des lieux de la formation en France** (d’après l’enquête réalisée auprès des référents en mars 2011, article à paraître dans le prochain Psy Déchaîné)

Lors de cette rencontre, il nous a également paru important de présenter un état des lieux de la formation (théorique et pratique) en France métropolitaine. Les informations avaient été recueillies auprès des référents AFFEP régionaux ; 2 villes n’étaient pas représentées : Dijon et Limoges.

Concernant la formation théorique, tout le monde s’est étonné de la grande hétérogénéité en fonction des régions : nombres et thématiques des « séminaires » proposés très variables d’une ville à l’autre, supports de cours variés, caractère obligatoire ou non des cours... L’existence ou non de séminaires inter-régionaux a également surpris, de même que l’existence de modalités de validation parfois différentes au sein même d’une inter-région. Il est rappelé aussi à cette occasion que l’interne a droit à 2 demi-journées de formation parmi 11 demi-journées hebdomadaires.

Concernant la formation pratique, également très disparate, les universitaires ont souligné, lors de la discussion, le rôle important des internes dans l’agrément des stages.

CONCLUSION

Avant d'aborder un travail par inter-régions, les membres du CNUP et de l'AFFEP ont tous deux conclu à l'existence de disparités trop importantes selon les régions et inter-régions, notamment en ce qui concerne les thèmes enseignés, ainsi que l'organisation et la validation des DES.

Il n'y a actuellement, en France, aucun consensus permettant de savoir si un interne est correctement formé ou pas, alors qu'une des règles de base de la pédagogie est qu'il ne peut y avoir d'enseignement théorique sans évaluation des connaissances des étudiants et sans évaluation des enseignements et des qualités pédagogiques des enseignants.

Il est indispensable que chaque association d'internes vienne à la rencontre de son coordonnateur en début d'année, afin de planifier des rencontres régulières et de travailler sur les actions à entreprendre pour améliorer la formation. De plus, il est nécessaire qu'un interne participe au jury de la commission pédagogique de l'inter-région. Enfin, il a été proposé que chaque coordonnateur transmette en début d'année le programme précis des enseignements de sa région au référent AFFEP régional ainsi qu'aux bureaux du CNUP et de l'AFFEP.

Être parvenu à se réunir est une belle avancée !

Réussir à mettre en place les différents points évoqués et décisions prises, aussi bien au niveau interrégional, régional que national, en sera une encore plus belle...

Rendez-vous dans un an !

Lucie Chauvelin, Ilan Attyasse, Malaïka Lasfar, Jordan Sibeoni, Aude van Effenterre

GROUPES DE TRAVAIL

Inter-région Grand Est :

Dijon, Besançon, Reims, Nancy, Strasbourg

Etaient présents :

■ **Universitaires** : Pr Schmitt (Reims), Pr Kahn et Pr Sibertin-Blanc (Nancy), Pr Bonin (Dijon), Pr A. Danion (Strasbourg), Pr Vandel (Besançon)

■ **Référents AFFEP** : Marie-Elisabeth Fischer et Chloé Vassor (Nancy), Lucie Chauvelin (Reims), Guillaume Etienney (Besançon)

Les points évoqués et décisions prises :

Formation déjà uniformisée concernant le nombre et les thèmes des séminaires proposés aux internes :

- 16 séminaires obligatoires
- Thèmes permettant de couvrir un large champ de la psychiatrie et de donner aux internes la possibilité d'une formation diversifiée



Les internes ont exprimés le souhait d'obtenir une réduction du nombre de séminaires obligatoires, compte tenu de l'absentéisme des terrains de stage qu'ils engendrent et du temps de transport qu'ils prennent, la solution proposée par les coordinateurs est de développer la « visioconférence », sans modifier la maquette actuelle.

Contrôle des connaissances et des enseignements :

- Fiche d'évaluation pour que chaque

interne évalue son stage et les séminaires auxquels il aura participé

- Présence au cours = modalité de contrôle des connaissances
- Existence d'un référent par interne et organisation de rencontres régulières

Supervision :

- Absence de supervision CODIFIÉE dans la région
- Effective dans tous les services de psychiatrie des CHU mais peu d'information sur l'existence ou non ainsi que sur les modalités de la supervision en périphérie
- Point à retravailler lors des prochaines rencontres

Lucie Chauvelin, référente interrégionale Grand Est

Inter-région Sud : Marseille, Montpellier, Nice

Etaient présents :

■ **Universitaires** : Pr Pringuey (Nice)

■ **Référents AFFEP** : Maxence Bras (Marseille), Nathalie Dugand (Nice)

Les points évoqués et les décisions prises :

- Actuellement, peu d'interactions concrètes entre PU-PH et internes dans la région Sud concernant la formation universitaire de DES (ex inter CHU, master...).

Cependant, possibilité de discussion et d'échanges entre PU-PH et internes, bonne entente.

- Désir de restructuration exprimé par les internes de Marseille concernant leur formation. Par exemple, en ce qui concerne la formation aux psychothérapies : Cf Enquête sur la formation aux psychothérapies menée par l'AFFEP en 2010 (taux de réponse = 85% à Marseille) : plus de 75% des



internes marseillais jugent leur formation théorique insuffisante dans les 3 courants principaux de psychothérapie.

- Par ailleurs, une amélioration du système de cours de DES serait également à envisager avec plus d'implication des internes, les modalités sont à discuter.

- Existence de journées interrégionales de formation obligatoires, biannuelle en mars (pour les TCEM 2.3.4, sur Avignon) et septembre (pour les TCEM 1 et 2, sur St Raphaël).

- Questionnement des internes autour du financement par l'industrie pharma-

ceutique de ces journées de formation (risque de conflits d'intérêts). Réponse du Pr Pringuey : thèmes, cours et orientation des journées choisies et préparées par les PU-PH, donc pas de question de conflits d'intérêts.

- Proposition d'aide de la part du Pr Pringuey d'en parler à ses confrères et de prendre du temps lors de ces journées interrégionales pour évoquer ces difficultés.

- Objectif en juin : création d'un dossier de présentation par l'équipe de Marseille avec compte-rendu des différentes enquêtes de l'AFFEP sur la formation, compte-rendu de la réunion du 10 mai, exemple de plaquette de DES de Nice.

Nathalie Dugand, référente interrégionale Sud

Inter-région Ouest :

Brest, Nantes, Angers, Poitiers, Rennes, Tours

Etaient présents :

■ **Universitaires** : Pr Camus (Tours), Pr Gaillard (Tours), Pr Garré (Angers)

■ **Référents AFFEP** : Claire Farina et Sabine Choppin (Rennes), Marion Coiffard (Tours), Géraldine Chernet (Poitiers), Elodie Del Valle (Angers), Louis von Theobald (Nantes), Clémence de Solms (Brest)

Les points évoqués et les décisions prises :

Lors du travail en inter-région pour la région Grand Ouest, les PU-PH nous ont présenté leur projet de refonte de l'enseignement du Grand Ouest avec une volonté d'homogénéiser l'enseignement au sein des villes de l'inter-région, notamment en mettant à disposition des internes un socle commun minimum de connaissances.

Ce projet serait effectif dès novembre 2011 pour les 1ères années et il concernerait les trois premières années d'internat laissant le temps à l'élaboration de la thèse lors la dernière année.

Le programme représentera 198h de cours dont 70h en 1ère année et 64h la 2ème et la 3ème années.

La 1ère année aborderait les bases

théoriques introductives de notre spécialité, alors que les deux années suivantes permettraient l'approfondissement de ces notions de base avec une introduction aux différents courants psychothérapeutiques.

Les cours auront lieu le jeudi après-midi toutes les 2 à 3 semaines à raison de 2h de cours à chaque session ; ils se tiendront le même jour dans l'inter-région, permettant ainsi la mise en place progressive de visioconférences.

Ce projet pédagogique commun n'empêchera pas l'enseignement de séminaires facultatifs dans chaque ville mais il faut néanmoins noter que le volume horaire consacré à ces séminaires sera moindre.

Concernant l'évaluation et pour éviter un absentéisme trop important à ces cours, les PU-PH ont proposés un examen écrit avec QCM et QROC.

Les regroupements en début d'internat et les mini-mémoires à Rennes seraient maintenus. Les mini-mémoires permettent la validation anticipée du

mémoire de DES, également exigé dans les autres spécialités.

Nous avons également discuté des particularités de notre inter-région, notamment de la possibilité de faire un échange HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest) entre 2 internes de l'inter-région. L'avantage de cet échange est qu'il peut s'obtenir plus facilement qu'un inter-CHU et ne concerne pas uniquement les services universitaires. Il permet d'enrichir notre pratique d'un savoir-faire d'ailleurs. L'échange peut s'effectuer entre internes de semestre différents.

Cette communication entre internes de l'AFFEP et PU-PH du Grand Ouest a commencé avant cette après-midi de travail en inter-région puisque nous avons discuté avec eux au moment des mini-mémoires en mars 2011 de la possibilité d'être formés aux psychothérapies dans l'inter-région. Ils nous proposent de remettre en place un DIU de psychothérapie qui existait il y a quelques années. Il se déroulerait à

Nantes initialement puis s'étendrait à l'inter-région. Il permet un approfondissement de la formation dans les trois courants psychothérapeutiques principaux (TCC, psychanalyse et thérapies systémiques).

Nous avons évoqué la mise en place d'un entretien individuel dans chaque ville avec le coordinateur de DES une fois par an pour faire le point sur le cursus de l'interne : projet stage, inter-CHU, échange HUGO, DU, DESC, problème(s) éventuel(s), feedback. Cela existe déjà dans certaines villes mais l'idée de l'étendre à l'inter-région pourrait permettre l'amélioration de la formation, notamment par l'intermédiaire du feedback.

Enfin, pour améliorer également la communication entre internes de l'AFFEP et PU-PH, nous avons proposé que le référent AFFEP de l'inter-région soit le référent local AFFEP de la ville du PU-PH coordinateur interrégional du DES.

Clémence de Solms, référente interrégionale Ouest

Inter-région Ile de France : Paris

Étaient présents :

■ **Universitaire** : Pr C. Dubertret qui représentait le Pr. Adès

■ **Référents AFFEP** : Soufiane Carde, Alexandra Dereux, Caroline Côte

Les points évoqués et les décisions prises :

Concernant la formation théorique, les internes demandent une formation moins scolaire qui ne se limiterait pas à des enseignements strictement médicaux. Des formations telles que des entretiens filmés, des jeux de rôle et d'une manière générale une réflexion autour de la relation thérapeutique sont très appréciées.

A Paris nous bénéficions d'un séminaire de base obligatoire en première année. Il est très critiqué par les internes car très inégal : certains cours sont trop généraux et plutôt destinés aux externes et d'autres beaucoup trop spécialisés, très éloignés de la pratique quotidienne.



La réforme de la maquette discutée au sein de la CNIPI (Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat) pourrait être l'occasion d'une réelle formation aux psychothérapies, par exemple :

3 ans avec initiation aux différents courants de psychothérapie puis 2 ans de formation spécifique facultative. Les internes souhaitent la création de postes-recherche favorisant l'accès au Master 2 : avec une partie du stage auprès des patients et l'autre destinée à la recherche ; comme il en existe en province.

prévue pour la rentrée, ce qui n'était pas le cas jusqu'ici. Pour novembre 2011, il y aura 4 postes dans des cliniques privées.

La question de la supervision est récurrente. Une uniformisation de celle-ci dans tous les terrains de stage semble difficile à mettre en place.

Un changement de coordonnateur est annoncé pour la rentrée, ce qui rend difficile toute projection dans l'avenir, tant que le Pr Hardy, nouveau coordonnateur, ne nous a pas fait part de ses projets pour l'organisation du DES en Ile de France.

Caroline Côte, référente AFFEP Paris

Inter-région Rhône-Alpes : Lyon, Grenoble, Clermont-Ferrand, Saint-Etienne

Étaient présents :

■ **Universitaires** : Pr Jalenques (Clermont-Ferrand)

■ **Référents AFFEP** : Deta Alimeck (Clermont-Ferrand)

Le CR de cette inter-région ne nous a pas été transmis



Inter-région Nord-Ouest : Lille, Caen, Rouen, Amiens

Etaient présents :

■ **Universitaires** : Pr Delion (Lille), Pr Brazo (Caen), Pr Gerardin (Rouen), Pr Loas (Amiens)

■ **Référents AFFEP** : Ilan Attyasse (Amiens), Mélanie Duvois (Caen), Malaika Lasfar et Julie Rendu (Rouen), Déborah Sebbane (Lille)

Les points évoqués et décisions prises :

La rencontre entre les universitaires des quatre villes concernées par la région Nord-Ouest et leurs référents régionaux AFFEP respectifs a représenté une avancée conséquente pour la constitution d'un projet interrégional au sein du « G4 » (Lille, Caen, Rouen et Amiens). En effet, jamais aucune rencontre entre les différents acteurs de l'inter-région (internes et universitaires) n'avait eu lieu jusqu'à présent.

A ce jour, nous constatons une importante hétérogénéité au sein de l'inter-région, tant pour la formation théorique (éventail de séminaires proposés, formation aux psychothérapies, initiation à la recherche) que pour la formation pratique (variété des terrains de stage proposés et accès à une supervision). Par ailleurs, seule la moitié des villes partagent un socle commun d'enseignement : Lille et Amiens sont les deux villes ne disposant d'aucune formation commune, Caen et Rouen ont deux enseignements communs. Le premier est un séminaire obligatoire de 1ère année intitulé «psychiatrie élémentaire», dont



la mise en commun vise une meilleure qualité d'enseignement. Il est d'ailleurs important de noter que les modalités de validation de celui-ci varient d'une ville à l'autre, ce qui soulève la question de la variabilité des conditions de validation du DES. Le deuxième tronçon commun est représenté par le DESC de pédopsychiatrie.

Plusieurs pistes de réflexion ont donc été évoquées afin de pallier à cette disparité et à ces écarts de formation, et de permettre aux internes de profiter pleinement des avantages que leurs offrirait une formation complémentaire à la fois théorique et pratique, dispensée par l'inter-région.

La mobilité interrégionale : en effet, d'autres inter-régions permettent l'échange entre internes de villes différentes, dans un contexte bien différent de celui de l'interCHU, difficile à obtenir à ce jour pour la totalité des étudiants qui en font la demande. Cette mobilité permettrait l'enrichissement de notre savoir et la diversification de notre pratique à travers l'observation de

celle de l'autre, au sein de structures psychiatriques différentes.

La constitution d'un support commun d'enseignement : il a été évoqué l'idée de journées de formation communes sur des thèmes spécifiques, notamment sur des sujets peu approfondis dans chacune des villes ou dont l'accès est limité (séminaire non proposé, nombre d'inscrits limité par session, etc.).

De manière pratique, une plate-forme d'information pourrait être créée pour permettre un partage plus large des informations destinées aux internes et une meilleure circulation de celles-ci à travers un accès informatique illimité. Dans un premier temps, il a été proposé d'établir un listing de tous les séminaires et DU-DIU existant au sein de l'inter-région pour assurer une meilleure vue d'ensemble des enseignements proposés.

La diffusion des cours par la visioconférence est un autre élément ayant fait l'objet de notre réflexion, elle limiterait les déplacements des

internes d'une ville à une autre. En effet, une des principales limites à ces différentes pistes de réflexion évoquées est représentée par la distribution géographique des villes composant l'inter-région et les distances non négligeables qui les séparent. C'est pourquoi nous mettons l'accent sur la nécessité d'ouvrir les vannes d'une

mobilité interrégionale, souhaitée facile et fluide, qui constitue, selon nous, la base indispensable pour la concrétisation du projet inter-région Nord-Ouest.

A ce jour, il est décidé que chacun des internes référents AFFEP organise une rencontre auprès du doyen de sa

faculté, afin de présenter cette première étape du projet. Les universitaires de chacune des villes présents à la réunion ont abondé dans ce sens et soutiennent cette démarche.

Déborah Sebbane, référente interrégionale Nord-Ouest.

Inter-région Sud Ouest : Limoges, Bordeaux, Toulouse

Etaient présents :

■ **Universitaires** : Pr Schmitt (Toulouse), Pr Raynaud (Toulouse)

■ **Internes** : Axel Bourcier et Antoine Yroni (Toulouse), Marie Becherrawy (Bordeaux)

Les points évoqués et décisions prises :

Un état des lieux de l'enseignement des psychothérapies a été fait dans les différentes villes à savoir Bordeaux et Toulouse (les représentants de Limoges n'ayant pu se libérer pour cette journée).

Il en est ressorti que, sur la ville de Bordeaux, l'enseignement des diverses psychothérapies se faisait essentiellement par le biais d'organismes privés, avec semble-t-il peu de cours d'introduction aux psychothérapies dans les cours de DES. Sur la ville de Toulouse, une introduction aux différentes psychothérapies est incluse dans le programme des cours de DES. Plusieurs moyens sont ensuite proposés pour approfondir cet enseignement :

supervision en petits groupes d'internes, supervision dans les services, inscription aux DU (TCC, Systémique).

L'enseignement pratique a été abordé, notamment la qualité des différents terrains de stage, qui pourrait être améliorée par une grille d'objectifs précis, et surtout une meilleure communication entre les chefs de service et les internes.

En ce qui concerne la formation sur Limoges, nous n'avons pu avoir aucun retour en raison des empêchements de dernière minute des représentants.

Cependant, nous ne pouvons que déplorer l'absence de concertation et de formation interrégionales. Pour remédier à cela, il a été décidé d'organiser des rencontres 3 ou 4 fois par an, soit sous forme de visioconférences, soit sous forme de journées de formation dans l'une des villes (avec un roulement en fonction du rythme de ces rencontres), afin de permettre aux internes de bénéficier des domaines de compétence respectifs. Pour le moment

aucune date n'a été retenue pour la première rencontre.

L'objectif à court terme est d'organiser une rencontre entre les différents intervenants (internes référents et coordonnateurs de chaque ville), aux bons soins du référent interrégional, pour discuter du projet et élaborer un planning.

NB: Par ailleurs, dans le cadre de ces formations aux psychothérapies, une journée consacrée à l'initiation aux différentes approches psychothérapeutiques sera incluse dans les cours de DES de Toulouse à partir du mois de novembre 2011 et ce de manière annuelle.

Antoine Yroni, suppléant du référent interrégional Sud Ouest

Suite et fin d'un (dé)compte de (mé)faits...

Savez-vous quel est le comble du psychiatre moderne ? Etre à l'écoute, et ne pas se faire entendre.

Après tout, on peut se dire qu'un individu qui passe son temps à hocher la tête en guise de récepteur d'un message émis finira inéluctablement par développer à long terme des troubles de la communication.

Et pourtant, ce n'est pas faute d'avoir crié.

Malgré de longs mois de discussions et de réticences, de colloques informels en réunions au Sénat, la réforme de la loi de 1990 sur les hospitalisations sans consentement, a été promulguée le 5 juillet, et est bel et bien entrée en vigueur le lundi 1^{er} Août 2011.

A se demander si la rencontre entre représentants de psychiatres et législateurs a vraiment eu lieu, ou si elle n'était qu'une illusion.

Cela a été mon sentiment lorsque je me suis rendue à Paris le 6 juillet dernier, au Palais d'Iéna, à la réunion d'information sur la mise en œuvre de la réforme, organisée par le Ministère de la Santé, et ouverte à tous les acteurs du soin psychiatrique.

Dans l'hémicycle, se tenaient des psychiatres PU-PH, PH, des directeurs des hôpitaux (Sainte-Anne, CHUR de Lille Métropole...), des présidents d'inter syndicats, d'associations de psychiatres, mais aussi des responsables d'ARS (Agences régionales de Santé), et de TGI (Tribunaux de Grande

Instance). Tout ce petit monde, après quelques diaporamas explicatifs et après l'allocution vidéoprojetée de Madame la Ministre, était donc invité à poser ses questions à une table ronde composée d'experts de la réforme (directeur adjoint de la DGOS – Direction Générale de l'Offre de Soins – et autres directeurs des hautes instances administratives).

Vous l'avez compris, il y avait à cette réunion beaucoup de directeurs et de directeurs adjoints, de fiches techniques et de documents-type, beaucoup de points-clés et de mots de la fin sans véritables clés, et surtout, encore et encore, des tonnes de logigrammes qui n'ont, à l'évidence, pas fait le poids face aux inquiétudes réelles des professionnels du terrain de la santé.

En effet, que penser de l'intervention de nouveaux acteurs issus du champ judiciaire (avocats, JLD – Juges des Libertés et de la Détention) dans la relation médecin-malade ?

Certains l'approuvent en faisant référence à d'autres systèmes européens d'organisation des soins.

D'autres la contestent, en soulignant le caractère délétère de la SYSTEMATISATION de cette intervention, auprès de malades qui « n'ont rien demandé » (et qui vont se retrouver dans une salle

d'audience), au nom d'une loi qui se veut d' « augmenter leurs droits » !

La victimisation des personnes hospitalisées est double : non seulement elles n'ont plus leur libre-arbitre d'un point de vue médical (par définition), mais aussi, on considère que leur liberté individuelle est altérée d'un point de vue légal.

Voilà, nous y sommes, la confusion est faite : l'hôpital est un lieu de privation de liberté, et le psychiatre, le gardien de cette prison.

A défaut d'être riche et complexe, comme les notions fondamentales qu'elle est censée défendre, cette loi est contraignante et multiplie le recours à des certificats de plus en plus nombreux.

A défaut d'avoir réfléchi, le législateur semble ne pas avoir trouvé d'autres moyens pour prouver sa légitimité (/asseoir son autorité) que de tenter de se raccrocher désespérément à des avis d'experts de tous bords, de plus en plus spécialisés.

On pourrait s'imaginer augmenter à l'infini le nombre de certificats, d'avis, et d'évaluations, mettre en place le meilleur des programmes de soins, ce n'est pas ce qui empêchera les récurrences de passages à l'acte tant redoutées, et les rechutes dans la maladie.

J'ai pour souvenir ce patient de 28 ans souffrant de troubles mentaux, suivi et stabilisé depuis des années par les équipes soignantes du service où je travaille actuellement, qui s'est immolé le week-end dernier, alors qu'il avait été évalué le matin même. Aucun signe clinique ne présageait ce drame. Il était même attendu le lendemain pour d'autres activités. Il est décédé suite à ses brûlures, étendues à 96% ; seule la plante de ses pieds n'a pas été atteinte par le feu.

Ce qui apaise les familles et les soignants dans ces moments douloureux, au-delà de la connaissance fine du contexte psychopathologique, c'est de se dire qu'on ne peut prédire l'imprévisible, qu'on ne peut tout contrôler, ni la vie d'un homme, ni ses affects, ni à quel moment ceux-là vont prendre le dessus sur sa raison ; quand la nature (humaine) reprend ses droits, c'est de savoir rester humble qui sauve.

Dans cette réforme, l'expertisation de la fonction soignante déshumanise la relation thérapeutique.

Comme si chaque nouvelle évaluation rendait obsolète la précédente.

Plus grave encore, les conséquences délétères sur les malades ; soit indirectement, par le raccourcissement du temps thérapeutique, soit directement, par les méthodes employées (visioconférence quand le juge ne veut pas se déplacer, recours à de multiples interlocuteurs face à un malade qui souffre déjà d'une certaine désorganisation psychique, et en proie à plusieurs tensions internes, opposées et intenses...).

Les nombreuses heures de formation destinées aux médecins pour cette nouvelle loi auraient pu être consacrées, à l'inverse, à celle des législateurs à la maladie mentale, ou tout simplement au rappel de quelques règles de bon sens.

Cela aurait peut-être fait gagner du temps à tout le monde. Mais comme l'annonçait Monsieur Badinter en décembre 2010 *, il semble que la volonté gouvernementale est d'imposer « la formation d'un complexe *judiciairo-psychiatrique* pour mettre l'individu dangereux hors d'état de nuire ».

Les médecins sauront-ils conserver leur liberté de penser et de prescrire, seules conditions sine qua none à l'instauration d'une relation de soins, efficace et créative, indépendante de toute pression politique ?

Ce qui est sûr, c'est que nombre d'entre eux n'aiment pas beaucoup cette loi, parce qu'elle va à l'encontre même d'une règle déontologique de base ; que le médecin est bienveillant envers son patient. En effet, mettant tout en œuvre pour soigner l'individu malade, « enfermé » dans sa maladie, n'était-ce pas LUI, véritablement, qui est le mieux placé pour tenter de le libérer (de ses démons) ?

Cette réforme confond absence de consentement et absence de liberté, elle transforme la relation de confiance en une relation de méfiance... Elle fait du médecin un véritable «MEDIATOR», sorte de figure terrifiante qui hante –on le voit bien- le monde médical moderne.

Cette loi, en donnant constamment

aux malades les moyens de remettre en question leur thérapeute, en qui ils sont censés faire confiance, va être génératrice d'anxiété pour les plus vulnérables.

On est bien loin de ce grand plan de restructuration de la Santé Mentale tant attendu, qui pourrait fédérer, informer, soutenir, plutôt que de suspecter, contrôler, punir.

Cette réforme trouve ses bases dans le déni de principes fondamentaux d'éthique (médicale et psychiatrique), et on peut penser qu'elle n'existerait donc tout simplement pas, si elle en avait seulement tenu compte. Mais malheureusement, cette loi est bien réelle, on ne rêve pas, on hallucine.

Il était une loi... papa-préfet et maman-justice.

Ils galèrent et eurent beaucoup de patients.

Marie Elisabeth Fischer
Inter-n(é)e

Obsession ou automatisme mental ?



Comme chaque année, les organisateurs du CPNLF (*Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*) avaient réservé à l'AFFEP l'organisation d'une session. Cette année le congrès se déroulait à Paris et c'est donc la PEP'S (association des internes parisiens) qui est intervenue. Le thème choisi était une discussion sémiologique entre obsession et automatisme mental.

L'automatisme mental selon Clérambault (1)

Clérambault s'est intéressé aux productions intrapsychiques, que certains apparentent aux hallucinations : Henri Ey parlait de pseudo-hallucinations (2) et la nosographie actuelle inspirée du DSM IV range les phénomènes d'automatisme mental parmi les hallucinations.



Gaëtan de Clérambault (1872-1934)

Clérambault était un tenant de la théorie mécaniciste de la psychiatrie, théorie qui veut qu'à un symptôme corresponde une lésion cérébrale localisée, qu'à un syndrome corresponde une association de symptômes et qu'à une maladie mentale corresponde une association de syndromes. Ainsi s'est faite une description très « atomique », atomisée diront certains, des maladies mentales.

L'automatisme mental que Clérambault avait pu observer à l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris, où il travaillait, a ainsi été décrit par lui comme le syndrome initial des psychoses.

Avec une grande finesse clinique, il a rassemblé dans ce syndrome toute une série de phénomènes mentaux, discrets et primaires (il parlera du « fait primordial des psychoses »).

« L'automatisme mental est le fait primordial des psychoses »

Clérambault a rassemblé en symptômes positifs et négatifs ces phénomènes :

1 : Les processus positifs subcontinus :

-phénomènes psittaciques (jeux verbaux parcellaires, non-sens, scies verbales) ;

-mentisme (défilement incontrôlable des représentations et des idées), idéorrhée, hypermnésies diverses, dévidage muet des souvenirs.

2 : Les processus positifs épisodiques :

étrangeté des gens et des choses, perception perpétuelle de ressemblance, fausses reconnaissances.

3 : Les processus négatifs avec sentiments intellectuels :

disparitions des pensées, oublis, arrêt de la pensée, vide de la pensée, perplexités sans objet, doutes, apories (difficultés ou impossibilités à fixer l'attention), fatigue.

4 : Les processus mixtes (positifs et négatifs) :

substitutions de pensées, oublis et apports, pensée invisible mais reconnue.

L'auteur insiste sur le caractère non sensoriel et la charge affective neutre des phénomènes d'automatisme mental.

Le sujet est le spectateur impassible, Clérambault nommera, un temps, syndrome de passivité le syndrome d'automatisme mental. Il parlera aussi de « néoplasie de la pensée ».

Caractère non sensoriel et charge affective neutre de l'automatisme mental

« La pensée qui devient étrangère le devient dans la forme ordinaire de la pensée, c'est-à-dire dans une forme indifférenciée et non pas dans une forme sensorielle définie, la forme indifférenciée est constituée par un mélange d'abstractions et de tendances, tantôt sans éléments

sensoriels, et tantôt avec des éléments plurisensoriels à la fois vagues et fragmentaires » (1)

Aux phénomènes de « petit » automatisme succèdent le « grand » automatisme. C'est la tendance secondaire à la verbalisation ; les voix se constituent : verbales, objectives, individualisées et systématisées.

Bientôt, comme le décrira Clérambault, le syndrome d'automatisme mental annonce l'émergence du délire qui n'est que « la réaction obligatoire d'un intellect raisonnant et souvent intact aux phénomènes qui sortent de son subconscient. Le délire n'est qu'une super structure ».

C'est cependant sur cette construction secondaire du délire que Clérambault sera critiqué. Comment comprendre qu'un sujet dont la personnalité se fragmente ainsi, puisse trouver les ressources nécessaires à l'édification du délire. Clérambault sous-entend en effet que le sujet donne du sens aux phénomènes d'automatisme mental par le délire. Certes, mais d'où vient-il ? Pourquoi le sujet choisit-il le délire plus que la réalité pour expliquer ces phénomènes, s'il le « choisit » ?

Il manque incontestablement une pièce au puzzle que Clérambault tente d'achever. Arrivés à ce point, nous ne pouvons concevoir uniquement les phénomènes d'automatisme mental comme des phénomènes neurologiques primaires, isolés.

Il y a nécessairement un processus pathologique plus large qui est à l'oeuvre et qui permet *in fine* d'expliquer la construction du délire.

Pourquoi le sujet choisit le délire plus que la réalité pour expliquer ces phénomènes, s'il le « choisit » ?

Ainsi Henri Ey, qui tentera une synthèse organo-dynamiste de la psychiatrie, affirmera qu'il n'y a pas d'automatisme mental, et d'hallucinations de manière générale, sans déstructuration de la conscience (2). Celle-ci peut survenir en diverses occasions : prise de toxiques, syndrome confusionnel, syndrome dissociatif de la schizophrénie, états oniriques par privation de sommeil...

Les hallucinations et l'automatisme mental ne sont pas un « plus » qui vient perturber le sujet (comme le présente Clérambault) mais plutôt un « moins » qui marque l'incapacité de la conscience à s'unifier.

Pour Henri Ey, il n'y a pas d'automatisme mental sans déstructuration de la conscience

Pour la discussion qui va nous intéresser ensuite, nous comprenons alors l'importance de rechercher l'organisation de la personnalité du patient, le symptôme (en l'occurrence la production de pensées) dans la dynamique du patient. Il faut non seulement décrire le symptôme mais aussi guetter la désorganisation de la personnalité ou, au contraire, son organisation. C'est ainsi que Clérambault nous livre certainement une clef quand il décrit le caractère neutre affectivement de l'automatisme mental et la passivité du sujet face au phénomène, qui pourraient annoncer la discordance de la phase d'état.

Les Obsessions

Les obsessions peuvent se définir comme des pensées imprévues, aberrantes et pénibles que le sujet est obligé de subir et contre lesquelles il lutte (3). Les thèmes des obsessions ont toujours trait à l'agressivité et à la violence (idée obsédante de commettre un acte agressif envers soi ou envers les autres, idée obsédante de contracter une maladie...). Sept grands thèmes sont habituellement identifiés : la transgression et la révolte contre l'autorité, l'hésitation culpabilisante entre le bien et le mal, la responsabilité dans la maladie et la mort des autres, un sens exagéré du danger, la rupture d'une harmonie, la défaillance personnelle et la superstition (3).

Les thèmes des obsessions ont toujours trait à l'agressivité et à la violence

Cette liste n'est toutefois pas exhaustive et les obsessions semblent pouvoir recouvrir un nombre de thèmes infini, du moment que ceux-ci représentent une menace pour le sujet. C'est bien ce qui importe d'abord : que le thème soit angoissant, menaçant.

Ainsi, ce n'est pas le contenu des pensées qui forme le trouble, ou la maladie, mais le caractère envahissant de celles-ci et le fait que le sujet est persuadé que ce qu'il pense va s'accomplir.

C'est la fusion « pensée-action » de l'obsessionnel : « ce que je pense va nécessairement s'accomplir », croyance plus ou moins consciente qui sous-tend le comportement obsessionnel.

Le patient obsessionnel est conscient de l'absurdité

du phénomène. Il ne s'agit pourtant pas d'une pensée étrangère, imposée de l'extérieur, mais le sujet subi un vrai assaut de pensées, qui sont les siennes. L'OMS parle de névrose anankastique pour décrire le trouble obsessionnel (du grec « *ananke* », qui signifie destin), pour bien signifier le caractère subi du trouble.

Les obsessions s'intègrent dans un trouble, le trouble obsessionnel compulsif (TOC). Il est rare de retrouver des obsessions sans compulsions mais les auteurs ne sont pas d'accord sur la prévalence de ces formes dites « cognitives » des TOC (2,3 % (4) à 20 % (3)).

TOC, psychose : quelle frontière ?

Il a été décrit la présence de symptômes obsessionnels et compulsifs comme prodrome d'une transition psychotique (6). Les auteurs soulignent le caractère atypique des thèmes obsessionnels, souvent très déréels (peur d'être surveillé par des caméras...) et la faible charge anxieuse associée au TOC dans ces situations.

Une revue de la littérature suggère les liens suivants entre schizophrénie et trouble obsessionnel compulsif (7) :

- 1) Apparition de symptômes obsessionnels au cours d'un processus psychotique avéré ;
- 2) Trouble obsessionnel au cours de la phase prodromique de la schizophrénie ;
- 3) Trouble obsessionnel induit par des traitements anti-psychotiques ;
- 4) Apparition simultanée d'un trouble schizophrénique et d'un trouble obsessionnel compulsif.

La question d'une entité propre : le trouble « schizo-obsessif », se pose ainsi à certains auteurs (7).

Les choses se compliquent toutefois avec l'émergence de TOC chez des sujets à faibles capacités d'introspection (insight). De même, dans les phases initiales des processus psychotiques, les phénomènes hallucinatoires peuvent être considérés comme n'ayant pas une causalité externe (8). Le fait que le patient reconnaisse le caractère absurde des pensées n'est donc plus, selon certains, un critère essentiel pour différencier le TOC du délire (9).

Si bien qu'à se concentrer simplement sur le symptôme

en lui-même, il paraît parfois impossible de distinguer les obsessions d'idées délirantes. Et certains auteurs viennent à conclure qu'il vaut mieux chercher des signes associés pour différencier un processus obsessionnel d'un processus schizophrénique (9).

Implications pratiques et thérapeutiques

L'automatisme mental dans le cadre d'un processus schizophrénique et le TOC débutent à un âge similaire (5). 60 % des TOC débutent avant l'âge de 25 ans, avec des signes fréquemment retrouvés dans l'enfance dans 30 % des cas (3).

La confusion diagnostique est vite arrivée, particulièrement devant des tableaux atypiques. Les obsessions peuvent parfois revêtir des formes particulières comme des pensées anidériques, sans objet. Des sujets à faible *insight* peuvent peiner à décrire une vraie égodystonie ou à reconnaître leurs pensées.

Bien souvent les patients souffrant d'obsessions ne consultent pas, de peur qu'on les prenne pour des « fous », ceci compte-tenu du fait qu'ils ont conscience de l'absurdité de leurs pensées. Ils peuvent donc exprimer une certaine réticence à décrire leurs symptômes.

Bien que la frontière entre ces deux troubles ne soit pas nette pour certains (7), il apparaît qu'il s'agit bien de deux maladies distinctes. Tant par leurs descriptions cliniques (la schizophrénie ne se réduit pas à des pensées imposées) que par leurs explications neuro-biologiques (10). Classiquement, on défend un modèle dopaminergique de la schizophrénie, qui sous-tend l'efficacité des anti-psychotiques, versus un modèle sérotoninergique des TOC, qui sous-tend l'efficacité des ISRS dans ce trouble.

Ainsi les antipsychotiques ont démontré peu d'efficacité dans le TOC (11), en tout cas dans le TOC non compliqué d'un autre trouble (épisode dépressif ou ... schizophrénie (13)).

De même les ISRS peuvent être délétères dans la schizophrénie où a été rapportée, à fortes doses, l'activation des processus psychotiques, particulièrement des signes positifs (13).

Conclusion

Nous avons donc vu la difficulté qu'il y a à différencier, chez un sujet se plaignant de pensées parasites, la présence d'un automatisme mental ou d'obsessions. Le tableau 1 résume cette discussion.

Il est intéressant de noter par ailleurs la limite qu'il y a à se concentrer sur un symptôme, sans prendre en compte la structure de fond du patient. C'est cette limite qui fait que Clérambault peina à expliquer de manière satisfaisante la construction du délire dans sa conception mécaniciste de la psychiatrie.

Ainsi nous pouvons dire que les obsessions sont bien plus « automatiques » que l'automatisme mental lui-même.

Le lien entre automatisme mental et délire ne peut se faire qu'en considérant un processus pathologique plus large à l'oeuvre chez le sujet.

Car à décrire des pensées automatiques, qui s'imposent au sujet, dans un esprit par ailleurs intact, qui font intrusion dans la pensée normale du sujet, contre sa volonté, nous décrivons davantage des obsessions que le phénomène initial de la psychose que voulait décrire Clérambault.

Ainsi l'obsessionnel subit un véritable assaut de pensées, là où le délirant est envahi, aliéné. « *La personnalité du délirant, c'est son délire* », disait Henri Ey. Là où l'obsessionnel lutte, le délirant s'enferme dans une réalité qui est une manière d'exister à la réalité.

Pour réagir à cet article : pl.couturier@gmail.com

Pierre-Louis Couturier, interne à Paris et référent AFFEP

Pauline Houssinot, interne à Paris

Caroline Pontvert, interne à Paris et présidente de la PEPS (Paris en Psychiatrie - <http://www.parispsychiatrie.fr>)

	Automatisme mental (schizophrénie)	Obsessions (Trouble obsessionnel compulsif)
Prévalence (13)	1 %	2-3% (dont 2,3 à 20% de formes avec obsessions seules)
Sexe ratio (13)	1/1	1/1
Age de début (13)	Deuxième ou troisième décennie	Première ou deuxième décennie
Symptômes associés	Passivité, neutralité de la charge affective	Lutte anxieuse
Contenu du phénomène	Phénomènes parcellaires, étranges	Agressivité, violence
Attribution du phénomène	Externe* (pensées étrangères)	Interne** (reconnues comme les pensées du sujet)
Rapport à l'ego	ego-syntonie*** (le sujet est envahi)	ego-dystonie** (le sujet est assailli)
Traitement (1ère intention)	Anti-psychotiques	ISRS

* Parfois reconnues comme les propres productions mentales du sujet au début du phénomène

** Chez des sujets à faible capacité d'introspection, peut être difficile à faire préciser

*** L'aliénation du sujet s'installe progressivement et peut être difficile à préciser au début



Références :

1) L'automatisme mental - Gaëtan Gatian de Clérambault ; préf. de Jean Garrabé
Le Plessis-Robinson , Laboratoires Delagrave -- 1992

2) Manuel de psychiatrie de Henri Ey, Paul Bernard et Charles Brisset
Editeur : Elsevier Masson; Édition : 6e édition (9 juin 2010)

3) Les ennemis intérieurs : obsessions et compulsions - Jean Cottraux
Paris , O. Jacob - 1998

4) DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder.
Foa, Edna B.; Kozak, Michael J.; Goodman, Wayne K.; Hollander, Eric; et al
The American Journal of Psychiatry, Vol 152(4), Apr 1995, 654.

5) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.
Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE.
Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):593-602. Erratum in: Arch Gen Psychiatry. 2005 Jul;62(7):768. Merikangas, Kathleen R

6) Obsessive compulsive symptoms in the psychosis prodrome: correlates of clinical and functional outcome.
Niendam TA, Berzak J, Cannon TD, Bearden CE.
Schizophr Res. 2009 Mar;108(1-3):170-5. Epub 2008 Dec 20.

7) Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia?
Bottas A, Cooke RG, Richter MA.
J Psychiatry Neurosci. 2005 May;30(3):187-93

8) Re-examining thought insertion. Semi-structured literature review and conceptual analysis.
Mullins S, Spence SA.
Br J Psychiatry. 2003 Apr;182:293-8. Review.

9) Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder.
Kozak MJ, Foa EB.
Behav Res Ther. 1994 Mar;32(3):343-53.

10) Obsessive-compulsive symptom dimensions in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive disorder.
Fragian S, Pashinian A, Fuchs C, Poyurovsky M.
Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009 Aug 31;33(6):1009-12. Epub 2009 May 15.

11) Second-generation antipsychotics for obsessive compulsive disorder.
Komossa K, Depping AM, Meyer M, Kissling W, Leucht S.
Cochrane Database Syst Rev. 2010 Dec 8;(12):CD008141. Review.

12) Diagnosis and treatment of a patient with both psychotic and obsessive-compulsive symptoms.
Rodriguez CI, Corcoran C, Simpson HB.
Am J Psychiatry. 2010 Jul;167(7):754-61.

13) Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and treatment.
Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R.
CNS Drugs. 2004;18(14):989-1010.



**Session « jeunes psychiatres » aux journées de l'information psychiatrique
Un partenariat SIP/AFFEP, avec la participation de l'association des internes de psychiatrie de Montpellier**

Perversions : de ce qui dévie, de ce qui nous détourne...

La tête en avant, le reste dans le plat !

La méthode ?

D'abord des *lectures suggestives*, ancrées sèches et « sadiques », parce que les mots ont un sens et que l'écrit le transcende.

Avec **Camille Abettan**

Puis, des rivages psychiatriques sexualisés, aller en explorer les nouveaux modes d'expressions : *le cas des sexsomnies*.

Avec **Régis Lopez**

Pour savoir alors quand et comment se prononcer (ou peut être pas) : l'expert dans cette histoire mouvementée de la catégorisation sociale du pervers.

Avec **Jean-Christophe Guillain**

Un vaste programme sur un temps réduit !

Le plus simple, venir nombreux voir et encourager les « collègues » courageux qui ont acceptés de traiter ces sujets !

Alors **rendez-vous le vendredi 7 octobre à 12h30 au Corum de Montpellier !**

Pour finir, *quelques vers, en guise de mise en bouche*

Parce qu'introduire, c'est un peu « tout se permettre »...

« Si le viol, le poison, le poignard, l'incendie

N'ont pas encore brodé de leurs plaisants desseins

Le canevas banal de nos piteux destins

C'est que notre âme, hélas, n'est pas assez hardie. »

Baudelaire (*Les fleurs du Mal*)

Thomas Gibon, référent AFFEP de Montpellier

NANTES

INEPSY, RENDEZ VOUS A L'EVIDENCE !

Créée en 2003 par une génération particulièrement motivée, l'association InePsy (Internes Nantais en Psychiatrie) rassemble les internes nantais et organise chaque année de nouvelles activités en lien avec notre spécialité, mais aussi avec les particularités culturelles de notre région.

L'objectif principal est de favoriser la cohésion et l'échange entre les différentes promotions tout en se donnant les moyens de s'ouvrir aux différentes pratiques ou approches que l'on peut rencontrer dans notre future profession.

Ainsi, nous organisons de manière régulière :

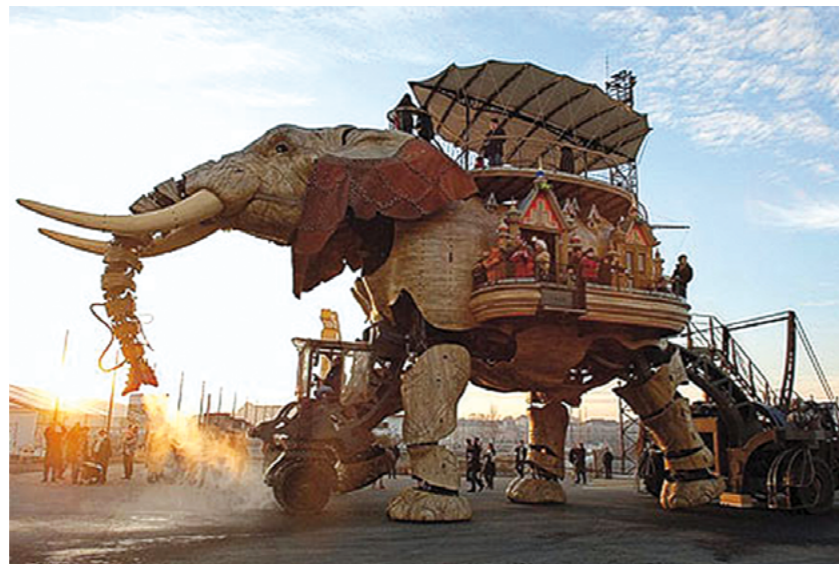
- Des soirées « *café-psy* » ayant pour but de discuter entre nous d'un ouvrage en lien plus ou moins étroit avec la psychiatrie. Par

exemple : Watzlawick avec « *Changements : paradoxes et psychothérapie* », discussion autour de l'œuvre du peintre Francis Bacon à partir des théories d'Anzieu (Moi-Peau...) et de Monjaube (psychopathologie de la création alcoolique). C'est à chaque fois l'occasion de découvrir une nouvelle approche, de nouveaux auteurs mais aussi de partager différents points de vue lors de débats toujours animés !

- Des soirées « *ciné-psy* » : projection et réflexion-débat autour d'un film en présence d'un invité. Par exemple : discussion avec une équipe spécialisée dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles après la projection du film « *Lolita* » de Kubrick...

- Des « *visites de structures de soins* » présentes sur la région et ses alentours avec, par exemple, des centres de post-cure, de réhabilitation, de psychothérapie, mais aussi des UMD et des structures médico-sociales.

- Des « *rencontres avec des professionnels* » comme des psychiatres libéraux, des médecins conseils ou encore des experts. Ceci permet de s'ouvrir à tous les modes d'exercices, de pouvoir trouver des réponses aux problématiques quotidiennes rencontrées dans les services et de découvrir l'ensemble du fameux « *réseau de soins* » local.



- Des « *journées de formation* » complétant les différents séminaires proposés par l'université. Cette année, formation complémentaire et spécifique sur la prise en charge et l'évaluation de la crise suicidaire, sur les gestes d'urgence en psychiatrie, et sur la recherche bibliographique (thèse et mini-mémoires obligent !)

- Et « *un week-end annuel* » regroupant tous les internes volontaires dans un lieu insolite. Par exemple, cette année, week-end gîte troglodyte-canoë.

Nous organisons par ailleurs, chaque année, l'accueil de la nouvelle promotion d'internes lors d'une petite soirée bien sympathique le soir des premiers choix. Ceci afin de favoriser les rencontres mais aussi d'apaiser les angoisses des plus stressés !

Et nous terminerons en citant la traditionnelle soirée des « *Entonniers* », véritable soirée d'intégration au cours de laquelle les nouveaux internes se mettent en scène lors d'un spectacle toujours mémorable !

Notre bureau se réunit régulièrement et organise des assemblées générales afin de recueillir les idées et avis de chacun ce qui permet également de discuter des différents terrains de stages et des conditions dans lesquelles les internes souhaitent être formés.

En résumé, il s'agit d'une association très dynamique qui agit pour la cohésion des promotions de psy, l'amélioration de la formation des internes mais aussi pour la découverte de la région nantaise, nouvelle pour beaucoup d'entre nous.

Pierre-Yves Bars, interne à Nantes et président de l'association InePsy

Sabine Susini, interne à Nantes et secrétaire de l'association InePsy

Louis Von Theobald, interne à Nantes et référent AFFEP





Compte rendu du 19ème forum de l'EFPT

Prague, juin 2011



Quelques rappels historiques

L'EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees) est la fédération des associations européennes des psychiatres en formation. Evoquée pour la 1ère fois en 1992 à Londres, elle prend forme en 1993 et est à l'origine composée de 9 pays. La France, via L'AFFEP, est membre permanent depuis 1999. L'an dernier, l'EFPT s'est dotée d'une constitution et est ainsi devenue une Organisation Non Gouvernementale. Les frontières de l'EFPT ne cessent de s'agrandir et, chaque année, de nouveaux pays font leur apparition. L'EFPT compte désormais 28 pays votants. Cette année étaient présents pour la première fois : l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Monténégro et la Norvège.

Le Forum de l'EFPT 2011

Tous les délégués européens se rencontrent une fois par an à l'occasion d'un forum donnant aux internes l'opportunité d'échanger et de se nourrir de leurs expériences mutuelles. Cette année, et pour la première fois dans l'histoire de l'EFPT, le forum se déroulait

en Europe centrale et plus exactement à Prague, en République Tchèque. L'événement se déroule sur 4 jours et suit une mécanique bien rodée : la 1ère journée dite d'introduction se veut didactique, le 2ème jour est le « scientific day of the forum », journée scientifique qui avait cette année pour thème : le futur de la psychiatrie et de la formation en psychiatrie. A partir du 3ème jour, les délégués travaillent sur des points précis de la formation dans différents « working group ». Chaque groupe établit un plan d'action pour l'année à venir. Ces plans sont discutés et approuvés lors de l'assemblée générale, le dernier jour du congrès, par un vote des pays membres. C'est également le dernier jour que se déroule l'élection du nouveau bureau.

La première journée

Qu'est-ce que l'EFPT ? Que fait l'EFPT ?

Journée de transmission et d'échanges. L'ensemble des membres du bureau se sont relayés pour nous présenter l'histoire, les rôles, les tâches accomplies et les perspectives

d'avenir de l'EFPT. Pour rappel, le rôle de cette fédération est d'établir des recommandations concernant la formation en psychiatrie, puis de les proposer et de les défendre auprès des Tutelles Européennes. L'EFPT siège à l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) depuis 1999 et a le droit de vote depuis 2004. Chaque année, deux membres du bureau vont présenter les propositions de l'EFPT à chacune des instances de l'UEMS pour la psychiatrie (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte). Par ailleurs, l'EFPT aide à la création et au développement des associations nationales d'internes en psychiatrie. Son réseau permet l'organisation d'événements européens pour les internes ; le représentant de la Grèce et la représentante de la Biélorussie ont d'ailleurs tous deux présenté les « international meetings for trainees » qu'ils ont pu mener à bien l'an dernier. Le président actuel, Alexander Nawka, a insisté lors de sa présentation sur deux points essentiels : d'une part le fund raising (ou comment trouver des financements pour donner à l'EFPT les moyens de son ambition) et d'autre

part la renommée de notre fédération qui ne cesse de s'accroître comme en témoigne l'article paru dans Psychiatric Services rédigé par les présidents (passé, actuel et futur) de l'EFPT [1].

Un autre moment important de la matinée fut le retour du travail effectué par les deux working group les plus importants de l'EFPT : le groupe recherche et le groupe CAP (Child and Adolescent Psychiatry). Florian Riese, délégué suisse et co-responsable du groupe recherche, nous a présenté la recherche actuelle menée par l'EFPT et baptisée PRIIRS (Psychiatric Resident-Industry Relationship Survey). Elle compare les relations qu'entretiennent l'industrie pharmaceutique et les internes dans les différents pays d'Europe. En ce qui concerne la pédopsychiatrie, Meinou Simmons, CAP secrétaire de l'EFPT, nous a présenté les données recueillies sur la formation en pédopsychiatrie dans tous les pays européens.

Les country reports (rapports de chaque pays)

L'après-midi fut entièrement consacrée aux country reports. Chaque représentant des associations nationales dispose de quelques minutes pour présenter la formation reçue et les difficultés rencontrées.

Comme chaque année, on est frappé par les récits relatant la situation de la formation en psychiatrie dans certains pays. Ainsi, l'Arménie est confrontée à une fuite des cerveaux et la formation, de 2 années seulement, se voit réduite au minimum. En Azerbaïdjan, il n'existe aucune formation en psychiatrie, n'importe quel étudiant en

médecine ayant validé son 2ème cycle d'études médicales étant officiellement psychiatre. Même situation en Lituanie où il n'existe pas d'internat de psychiatrie. Les médecins deviennent donc psychiatres via l'internat de médecine interne ou de médecine générale. Dans d'autres pays ce sont les conditions de travail qui sont déplorables comme par exemple en Roumanie où les salaires ont été cette année diminués de 25% entraînant une migration importante des médecins vers la France, le Royaume-Uni ou la Scandinavie. Quant à la Grèce, l'internat de psychiatrie est dans un état particulièrement critique sans compter que les futurs internes doivent attendre plusieurs années pour pouvoir intégrer la formation.

Mis à part ces situations, on retrouve également des différences importantes d'un pays à l'autre à propos de la durée de l'internat (de 0 à 5 ans), de la place de la pédopsychiatrie ou encore de l'évaluation des connaissances. Quant aux doléances les plus partagées, elles concernent encore et toujours la formation aux psychothérapies et les supervisions clinique et éducationnelle.

L'European Award for Excellence in Psychiatry

La première journée s'est terminée par la cérémonie récompensant la meilleure initiative d'une association nationale pour améliorer la formation des internes. C'est la France qui s'est vue remettre l'European Award for Excellence in Psychiatry grâce à son livret d'accueil des internes en psychiatrie... Et oui ! Le fameux livret distribué à tous les futurs internes de psychiatrie au moment de l'amphithéâtre de gamison...



La journée scientifique

The future of psychiatry and psychiatric training: where are we going?

Tout au long de cette journée se sont déroulées différentes interventions dressant un tableau assez complet des enjeux de la psychiatrie de demain. Après que le Pr Raboch (République Tchèque) nous ait dessiné un aperçu du passé, présent et futur de la psychiatrie en République Tchèque (psychiatrie confrontée comme ailleurs à une diminution du nombre de lits en hôpital psychiatrique et une augmentation de l'activité ambulatoire), c'est le Pr Katschnig (Autriche) qui a réellement ouvert les hostilités. Son exposé cherchait en effet à répondre à cette simple question : **les psychiatres sont-ils une espèce en voie de disparition ?**

Le constat est sévère. Outre le déclin de recrutement des psychiatres, notre spécialité semble en difficulté pour se définir tant dans ses bases scientifiques que dans ses limites. Oscillant entre deux extrêmes, la psychiatrie risque en

effet d'être progressivement incorporée à la neurologie (d'aucuns évoquent déjà la Brain-iatry), ou de se voir privée de son caractère médical et devenir ainsi un avatar de la psychologie. Pour éviter que la « sélection naturelle » ne nous efface, le Pr Katschnig a présenté six défis essentiels à relever :

1) Repenser les bases scientifiques de notre spécialité : il est nécessaire de se questionner sur la pertinence et la validité des diagnostics et de la nosographie actuels. Ces entités, définies par consensus, ne sont pas vraiment utiles quant aux décisions thérapeutiques, n'ont pas d'implications financières et ne sont pas confortables à utiliser dans la recherche.

2) Aboutir à des preuves solides et reproductibles quant à l'efficacité des traitements en psychiatrie.

3) Donner à la psychiatrie des bases théoriques cohérentes : un aphorisme résume parfaitement la situation actuelle : « Ask three psychiatrists and you get four different answers ! » (demande à trois psychiatres et tu auras quatre réponses différentes !).

4) Savoir utiliser les critiques, de plus en plus nombreuses, des patients et des soignants.

5) Favoriser un travail pluridisciplinaire tout en défendant le champ traditionnel des compétences du psychiatre des intrusions de professions annexes.

6) Travailler sur la question de la stigmatisation de la psychiatrie en général et de l'image négative du psychiatre en particulier.

Par la suite, des thèmes plus précis ont été abordés tels que le futur de la publication en psychiatrie (Pr Goldman, USA), le futur de la psychopharmacologie (Pr Ceskova, République Tchèque) et bien sûr le futur de la psychothérapie (Pr Prasko, République Tchèque).

Le Dr Volpe (Italie), nous a présenté ce qu'il a nommé le nouvel agenda des jeunes psychiatres européens. Reprenant les difficultés décrites par le Pr Katschnig, il a défendu la position d'une formation actualisée pour les jeunes psychiatres. Il faudrait, à titre d'exemple, que les psychiatres soient mieux formés aux diagnostics dans un contexte transculturel ou encore que l'ensemble de la profession soit beaucoup plus consciente de l'image de la psychiatrie véhiculée par les médias.

Les working group

Cette année, les groupes de travail se sont organisés autour de la recherche, la pédopsychiatrie, les psychothérapies et le programme d'échange.

Nous vous présenterons ici uniquement les working group auxquels nous avons participé :

Le programme d'échanges, Elodie DEL VALLE

L'EFPT se propose, grâce au réseau dont elle dispose, d'organiser un programme d'échanges entre internes en psychiatrie dans plusieurs pays européens. Les objectifs et modalités pratiques vous seront présentés dans un article à part (page 24 et 25).

Le groupe de travail de pédopsychiatrie, Jordan SIBEONI

Plus qu'un groupe de travail, le CAP

working group (Child and Adolescent Psychiatry) est devenu au fil des ans une fédération dans la fédération. A l'image de l'organisation de l'UEMS, chaque pays membre de l'EFPT a deux délégués, un pour la psychiatrie adulte et un pour la pédopsychiatrie.

Cette année, la première mission de ce working group était de décider si les internes en pédopsychiatrie devaient avoir leur propre fédération ou non. En effet, dans beaucoup de pays européens, la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte sont deux spécialités distinctes ayant chacune son association d'internes en psychiatrie. Après une conversation animée, il est décidé que la pédopsychiatrie restera partie intégrante de l'EFPT, ce afin de promouvoir les échanges entre tous les internes malgré les différences importantes de perceptions et de points de vue.

Enfin, certains points de formation ont été discutés à partir des données recueillies l'an dernier par l'enquête de l'EFPT. Au-delà de l'hétérogénéité de la formation en Europe, on retrouve des problématiques communes comme la formation à la psychothérapie et l'accès à une supervision spécialisée. Certains pays souffrent d'une véritable pénurie d'internes choisissant la pédopsychiatrie, d'autres n'ont aucun programme spécifique à cette formation. L'ensemble des résultats de cette enquête fera l'objet d'un article très prochainement.

Le poster-tour

Chaque année, le bureau de l'EFPT choisit un thème autour duquel les pays membres doivent réaliser leur poster. Cette année, il s'agissait du futur de

la psychiatrie. La France a donc choisi de réaliser un poster sur la réforme de la Loi du 27 juin 1990 et de mettre en exergue ses dérives sécuritaires. C'est la Croatie qui remporté le prix du meilleur poster en présentant une véritable bande-dessinée mettant en scène les aventures d'un robot psychiatre spécialisé en F32.2 en proie à d'importantes difficultés de métaphorisations... un chef d'œuvre !!

Dernier jour

Jour de vote et d'élections. Le président élu pour l'année prochaine est Florian Riese, représentant de la Suisse. Le prochain forum aura lieu en Italie, pays d'où est originaire Domenico Giacco, le président actuel.

Les statuts modifiés par les working group ainsi que leurs différents plans d'action ont été acceptés. La

discussion a été animée à certains moments, notamment lorsqu'il s'agissait de résoudre les problèmes liés à la question des financements. En effet, certains internes ont demandé à obtenir un soutien financier de la part de l'EFPT pour organiser un congrès européen prévu à Minsk l'an prochain et destiné aux jeunes psychiatres. Ce congrès n'étant pas un événement organisé par l'EFPT, il a été décidé qu'il n'y aurait pas de subventions directes de l'EFPT. Le vote a conclu à la création d'un groupe de travail pour permettre la récolte de fonds, ce qui pose question puisque ce congrès ne concernera probablement qu'une faible partie des internes européens ; en effet il ne sera pas uniquement anglophone mais également russophone...

Par ailleurs, les finances de l'EFPT

imposent une augmentation des frais d'inscription des internes au forum. Après quelques échanges houleux, il a été décidé que cette augmentation ne concernerait que les pays les plus riches. De quoi finir sur cette remarque politiquement incorrecte : avec l'arrivée dans l'EFPT de nombreux pays confrontés à des difficultés sociales et l'impact indéniable des mauvaises conditions de travail sur la formation de leurs internes, ne risquons-nous pas d'aboutir à un clivage caricatural entre des problèmes de pays « riches » et des problèmes de pays « pauvres » ? La vision de leurs représentants est en tout cas proche d'une pyramide de Maslow, hiérarchisant leurs besoins et rendant difficile des échanges plus généraux sur la formation.



Conclusion

Au-delà de ces réflexions politico-financières, le forum de l'EFPT est une expérience d'échange unique et particulièrement enrichissante sur un plan humain. On rentre chez soi les yeux pétillants de souvenirs, les oreilles sifflant des mélodies d'ailleurs et le foie se remettant doucement de la national drink party et de son tour de l'Europe d'Amaretto à Vodka en passant par Limoncello et Porto !!

Jordan Sibeoni, Elodie del Valle

[1] Nawka A, Kuzman M, Giacco D, Malik A: Challenges of postgraduate Psychiatric training in Europe : a Trainee perspective. Psychiatric services, September 2010 61-9



Il y a plusieurs années, l'EFPT (European Federation of Psychiatry Trainees) avait essayé de mettre en place un Programme d'Échanges Européens, programme n'ayant pas abouti car les statuts établis étaient trop vagues et le projet insuffisamment étayé. Lors du forum annuel qui a eu lieu à Prague en juin dernier, le programme a été grandement amélioré, permettant d'aboutir à l'élaboration de modalités d'échanges solides dans une quinzaine de pays d'Europe. L'année 2011-2012 sera une année pilote et ceux qui le souhaitent pourront partir dès janvier 2012 (voir calendrier ci-après).

Les buts

Ces échanges permettront de promouvoir les aspects transculturels en psychiatrie, de s'investir dans des travaux cliniques ou de recherche à l'étranger, de découvrir d'autres systèmes de prise en charge et d'acquérir une expérience en démarches diagnostique et thérapeutique enrichie de points de vue différents.

Les participants

Ce projet concerne tous les internes mais aussi les assistants et les chefs de clinique de psychiatrie qui souhaitent effectuer des stages de psychiatrie à l'étranger.

Les pays participants sont : l'Allemagne, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, la Lettonie, le Portugal, la République Tchèque, le Royaume-Uni, la Russie et la Slovaquie.

Cette liste est provisoire et la participation de chaque pays doit être confirmée. Nous pouvons d'ores et déjà vous confirmer celle de la France !

Les pré-requis

Les internes peuvent faire une demande d'échange dès la 1ère année d'internat mais il est préférable d'attendre la 2ème année pour mieux profiter de cette expérience.

Le niveau de langue demandé dépendra des buts fixés à l'avance : pour un stage clinique dans lequel l'interne aura à interagir avec les patients, il est évident qu'il faut un bon niveau dans la langue locale. Pour certains pays dont la langue est peu connue, nous essayons de faire en sorte que des superviseurs soient disponibles pour faire les traductions des entretiens. En ce qui concerne les stages de recherche, ceux-ci seront très fréquemment possible en anglais qu'il faudra alors bien maîtriser.

La durée

Ces stages seront d'une courte durée (de 2 à 6 semaines) fixée à l'avance. Il n'y aura donc pas besoin de demander une disponibilité mais l'accord du chef de service dans lequel vous effectuerez votre semestre sera évidemment obligatoire.

Le rôle du stagiaire/le déroulement du stage

Il sera à définir à l'avance avec les chefs de services et les coordinateurs. Les entretiens cliniques et les protocoles de recherche seront facilement réalisables et valoriseront le stage.

En revanche, il semble difficile pour le stagiaire de prescrire. La supervision des prescriptions sera probablement un bon compromis.

Pour les stages de recherche, le stagiaire pourra être initialement actif sur le terrain puis poursuivre la recherche à distance (notamment pour l'analyse des résultats). Il pourra tout aussi bien aider de manière ponctuelle ou en tant que simple observateur. Cela dépendra du protocole établi et du type de recherche entamé. Sa participation aux publications sera à définir avec l'équipe de recherche d'accueil.

Les modalités pratiques

Le terme d'« échanges » doit être lu dans son sens le plus large. Il est en effet possible de partir sans accueillir ou d'accueillir sans partir.

Pour effectuer un stage, il faudra tout d'abord contacter l'interne coordinateur national (elodiedelvalle@gmail.com) pour indiquer dans quel pays vous souhaitez partir et pour quel type de stage (clinique ou recherche). Ensuite, la liste des stages disponibles vous sera remise par mail avec des fiches descriptives pour chacun d'entre eux, de façon à vous permettre de choisir le stage qui vous convient.

Pour constituer un dossier, il vous faudra : l'accord écrit de votre chef de service d'origine, une lettre de motivation et un CV spécifiant votre niveau dans la langue du pays d'accueil ou au moins en anglais pour un stage de recherche.

Si vous êtes plusieurs à postuler pour un même stage, la sélection se fera par les coordinateurs des différents pays, en fonction de votre motivation, du niveau de langue, de l'ancienneté dans votre cursus et de votre CV.

Puis, vous définirez votre travail avec le superviseur d'accueil et les coordinateurs d'accueil et d'origine.

Vous pourrez alors partir, le guide du routard dans la valise !

Une fois le stage terminé, vous serez évalué par le superviseur d'accueil et aurez à faire une évaluation du stage, de l'hébergement et de l'organisation, afin de faire le bilan en mai 2012 (date du prochain forum de l'EFPT) et de décider si l'on reconduit le projet pour les années suivantes ou non.

Les fiches descriptives des stages

Elles précisent le niveau de langue requis, le rôle voulu/possible du stagiaire, le nom du superviseur (le chef de service dans la plupart des cas) et l'hébergement possible. Il sera aussi notifié les conditions de travail, des informations sur le pays, la ville, la culture, les langues locales, le climat, la ou les religion(s), et d'autres informations pouvant influencer la pratique du stage.

Les fiches seront disponibles auprès des coordinateurs dès le début du mois de septembre puis sur le site web de l'EFPT : www.efpt.eu courant septembre.

Les coordinateurs nationaux

(= « local coordinators » sur les fiches) Ce sont des internes membres de

l'EFPT ayant travaillé pour la plupart sur le projet lors du dernier forum. Nous devons aider les internes de notre pays à trouver un stage puis établir un relais avec le coordinateur d'accueil. Nous avons aussi la tâche de trouver un accord entre les superviseurs/chefs de service et le stagiaire pour établir à l'avance le rôle précis de l'interne, mais n'avons pas de pouvoir décisionnel.

Pour les internes que nous accueillerons en France, il est important de les accompagner et de leur faire partager les activités des internes locaux. Si le stage se fait dans une autre ville, nous essaierons de trouver des co-internes acceptant d'accompagner le stagiaire et resterons en contact pour tout problème.

Le calendrier

1er sept – 30 nov 2011	Dépôts des dossiers de candidature
1er déc – 31 déc 2011	Etude des dossiers - Réponse fin décembre
1er janv – mai 2012	Période d'échanges
Mai 2012	Bilan de l'année pilote au forum annuel EFPT

Ce projet est donc une première en Europe. Seule notre spécialité peut en bénéficier pour le moment. Il peut vous permettre des expériences uniques et élargir votre champ de connaissances et votre vision de la psychiatrie. Toutefois, si ce programme a été conçu pour vous, il ne peut aboutir à long terme sans vous. J'espère que vous serez nombreux à en profiter !

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter par mail : elodiedelvalle@gmail.com et à consulter notre site internet www.affep.fr, ce sera un meilleur média. Je posterai régulièrement des infos dessus.

Elodie del Valle



Le GIP Derpad est un dispositif régional Ile-de-France, à destination des professionnels et des institutions en charge d'enfants et d'adolescents (0-21 ans) en difficulté. Il met à leur disposition un certain nombre d'outils qui puissent les soutenir dans leur travail d'accompagnement de ces jeunes.

Le partenariat est doublement convoqué par le Derpad, à travers sa constitution, et dans ses objectifs : il en est à la fois le soubassement - le Derpad est fondé sur l'articulation entre justice et santé, entre soin et éducatif - ainsi que la clé de voûte : le développement du partenariat au service de la cause des adolescents les plus en difficulté reste notre horizon de travail.

Un peu d'histoire

« Si le processus » d'adolescence est fondamental pour chaque adolescent, l'attention portée à cette période de la vie est également justifiée pour la société dans son ensemble. Les phénomènes de déviance à l'adolescence (toxicomanie, suicide, échecs dans les apprentissages, marginalisation, violence...) interrogent, par leur augmentation significative, nos systèmes éducatifs et nos structures médico-sociales...

Les équipes socio-éducatives, tout comme les structures de santé mentale, sont en effet confrontées à de plus en plus d'adolescents dont la souffrance psychique s'exprime dans le champ social, ce qui les exclut encore trop fréquemment du système de soin traditionnel »...

C'est ainsi qu'en 1996, une Convention entre le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé ratifiait la mise en œuvre du **D**ispositif **E**xpert **R**égional **P**our **A**dolescents en **D**ifficulté et délimitait son champ d'action.

Dix ans plus tard, en mars 2006, Le Derpad est devenu un Groupement d'Intérêt Public ; ses membres fondateurs sont la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Direction régionale Ile-de-France, et la Mutualité Fonction Publique, Institut Mutualiste Montsouris ; l'Agence Régionale d'Hospitalisation est partenaire associé dès sa création.

Toutes ses activités sont gratuites pour ses utilisateurs.

Elles sont mises en œuvre par une équipe, réparties entre la Santé et la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Un outil clinique : la consultation d'accueil

La Consultation d'Accueil et d'Evaluation est l'outil clinique essentiel au Derpad, la pierre angulaire du dispositif, à partir de laquelle s'organisent nombre de ses autres activités. C'est un lieu de parole libre, à distance de toute hiérarchie

ou quotidienneté de travail en commun, le plus dénué que possible d'enjeux de pouvoir ou de prestance. Un lieu où il est possible de faire part de ses difficultés, de ses inquiétudes ou de ses indignations, face à la situation difficile d'un jeune dont on a la charge. Une stricte confidentialité entoure ces consultations. C'est un binôme, composé d'un membre de l'équipe « sanitaire » et un membre de l'équipe « éducative » qui reçoit les professionnels.

Ce travail clinique entrepris au Derpad, est à double visée : non seulement en direction de ces professionnels souvent pris par la lourdeur et la complexité de leur tâche, et qu'il s'agit de requalifier quand ils se trouvent à juste titre découragés, mais aussi en direction des adolescents qui demeurent de son point de vue les principaux destinataires, par ricochet, de ces consultations.

La consultation peut accueillir un ou plusieurs professionnels, une ou plusieurs institutions, concernés par la situation d'un même jeune.

L'objectif est également de permettre à plusieurs institutions engagées autour de l'enfant ou de l'adolescent, de garantir leur cadre de parole, d'amener la circulation des échanges, de favoriser l'élaboration commune.

Une vignette clinique pour illustrer ce travail de consultation au Derpad

Après une enfance difficile passée dans son pays d'origine, C. arrive en France à l'âge de 10 ans, accueillie dans la famille de sa mère, sur décision de cette dernière.

Ses trois premières années dans son nouveau contexte de vie se déroulent de façon à peu près harmonieuse, et son intégration dans la scolarité est satisfaisante.

Peu à peu ce contexte favorable se délite.

C. est désormais une adolescente de 13 ans qui devient violente, commet des délits, fugue.

Cela amène l'intervention d'un magistrat qui confie C. à l'ASE pour un placement.

L'adolescente est alors accueillie au foyer de l'enfance.

Son intégration se fait très difficilement. Elle se marginalise, est entraînée dans des trafics. Elle commet deux agressions au foyer, sur une éducatrice et un jeune. Le collectif d'adultes est débordé, très inquiet, et se sent impuissant.

Il est décidé de conduire C. aux urgences de l'hôpital général qui l'oriente vers l'établissement de soins spécifiques pour adolescents.

Le foyer et le service psychiatrique se mettent d'accord pour une prise en charge séquentielle, chacun s'accordant à penser que C. nécessite à la fois une prise en charge éducative et une prise en charge de soin.

Peu après, la PJJ intervient à son tour dans le cadre d'une mesure au pénal, C. ayant été mise en examen pour des agressions.

Ces trois institutions qui interviennent désormais auprès de la jeune fille, intègrent l'idée d'une nécessaire coordination. Mais les places et fonctions de chacun, les enjeux de prise en charge, la question de la temporalité, l'appréciation souvent différente des améliorations ou non du comportement de C., les attentes de chacun, rendent difficile ce partage des rôles.

La question d'une orientation se trouve posée et ouvre de nouvelles oppositions.

A l'initiative de l'un des services, les trois institutions décident de solliciter le Derpad, dans le cadre de sa consultation d'accueil.

A deux reprises et à six mois d'intervalle, la dizaine de professionnels qui les représentent dans la prise en charge de C. vont accepter, à partir de ce travail d'élaboration que propose le lieu tiers du Derpad, de débattre, de confronter des points de vue parfois divergents, de faire évoluer des positions qui semblaient ne pas pouvoir l'être. Chacun s'accorde à reconnaître que l'on ne pourra pas « faire » sans

l'autre, dans une situation aussi complexe, mais que plus encore, la présence de l'autre peut devenir un soutien, peut permettre de se ressourcer, et surtout de poursuivre la prise en charge, ce qui à l'issue des 2 rencontres paraît nécessaire et était pourtant très largement remis en question.

Efficacité du binôme

Cet accueil dans la consultation du Derpad, qui est fait par un binôme constitué par un membre de l'équipe « sanitaire » et un membre de l'équipe « éducative », permet que les professionnels ne s'adressent pas à un champ de savoir unifié et puissent bénéficier d'une double écoute. Le projet de la consultation du Derpad n'est pas de s'exprimer systématiquement à l'unisson ou de chercher à tout prix un consensus. Les différences de point de vue, leur complémentarité souvent, les dissensions qu'elles provoquent parfois sont source de progrès.

Le cadre ainsi établi par les consultants n'est pas tant d'inclure pour ses interlocuteurs une position de « sujet supposé savoir » que celle de « sujets supposés savoir travailler ensemble ».

Interventions autour de l'institutionnel, aide à projets, groupes de paroles

Le suivi des jeunes pris en charge renvoie au fonctionnement même des institutions. Le binôme du Derpad, en sa qualité de tiers, se propose de soutenir la réflexion des équipes sur les pratiques et positionnements professionnels, d'apporter son aide lorsque celles-ci rencontrent d'importantes difficultés de fonctionnement, ou de les aider à l'élaboration de projets de service.

Des groupes de travail sont également ouverts aux professionnels (Education nationale, groupes de psychologues).

Mais le Derpad a également développé d'autres outils

qui découlent tous du même principe : pour pouvoir travailler ensemble à un même objet, il est nécessaire de connaître l'autre.

Des outils techniques

Une banque de données qui, dans un souci de favoriser le travail d'accompagnement et de partenariat, regroupe sur cédérom et sur Internet, des informations qui émanent des institutions œuvrant dans les domaines sanitaire, social, éducatif, pédagogique. Elle est mise à jour chaque année et répertorie environ 20 000 structures.

Un portail internet : www.derpadd.com, dont l'objectif est de démultiplier l'information, les échanges, la réflexion, et de renforcer les mises en réseau.

La société savante...

Afin de décroiser les interventions et les champs professionnels, le Derpad propose des espaces de rencontres, d'échanges, de formation :

- **Les « Mardi au Derpad »**, cycle de conférences qui a pour vocation de favoriser la rencontre et l'échange de différents champs professionnels.

- **Les colloques** qui privilégient les regards croisés des différents champs disciplinaires.

- **Les séminaires et la participation à différents cycles de formation**, où il s'agit de diffuser les savoir-faire et de sensibiliser les professionnels au travail partenarial.

Pour reprendre la description faite par l'ONED dans son rapport 2006, tout cela fait du Derpad un « service d'aide aux aidants », qui « apporte un appui technique, une logistique de réseau et une supervision à des équipes [...] lieu ressources pour les professionnels des équipes socio-éducatives et de santé mentale ».

Christine Chinosi, *directrice du GIP Derpad*
Maxime-Hélène Calvet, *consultante éducative au Derpad*

L'AFFEP, un menu plein de saveurs !!!

Cette année l'AFFEP vous propose une formule tout compris à 15€ pour les internes adhérant via leur association locale, 20€ pour les internes préférant adhérer en solo et 25€ pour les jeunes assistants ou chefs de clinique.

Nous vous suggérons, pour commencer, de rejoindre la pimentée, mais toujours très appréciée, mailing liste de l'AFFEP. Réservée aux adhérents (internes, assistants et CCA) et aux anciens AFFEPIens, elle comblera vos longues nuits de garde de ses enquêtes et débats sur l'actualité psychiatrique.

Vous poursuivrez ensuite sûrement par l'un des nombreux congrès partenaires de l'AFFEP (CNIPsy, Encéphale, SIP, CFP...), le plus souvent à tarif préférentiel pour les adhérents.

Pour finir, petite cerise sur le gâteau, vous découvrirez en exclusivité le Psy Déchaîné, le journal de l'AFFEP écrit par et pour les internes.

Après vous avoir fait saliver, voilà comment commander votre menu AFFEP 2011-2012.

Le plus simple est d'adhérer via votre association locale, qui reverse systématiquement 15€ de chaque adhésion à l'AFFEP.

Si vous êtes plutôt solitaire, vous pouvez aussi adhérer directement en adressant un chèque de 20€ (25€ pour les anciens internes) à l'ordre de l'AFFEP avec vos noms, prénoms, mails et adresses postales à : Aurélie BERGER, 129 rue Vauban, 69006 LYON.

Enfin, pour tous nos généreux donateurs, n'hésitez pas à renouveler vos dons en n'oubliant pas de nous communiquer vos noms, prénoms et adresses postales afin de recevoir vous aussi votre Psy Déchaîné.

Attention pour tous les gourmands, cette offre n'est valable que jusqu'au **31 décembre 2011**.

Bonne dégustation à tous !

Aurélie Berger

Congrès National des Internes en Psychiatrie

A Lille, les 13 et 14 Octobre 2011

Né dans le Nord il y a dix ans le Congrès National des Internes en Psychiatrie retrouve ses origines en 2011 après avoir parcouru plusieurs villes françaises et rencontré à chaque étape un succès grandissant. Il s'agit d'un congrès organisé par des internes et destiné aux internes en psychiatrie de France.

C'est pour nous une fierté d'organiser, à notre tour, cet événement, dont le thème général sera :

« Enfermements »

En abordant ce thème d'actualité et aux multiples enjeux par des approches multidisciplinaires, notre objectif est de contribuer à la formation des internes en psychiatrie grâce à un espace de rencontres et de discussions aménagé pendant deux jours. Dans ce contexte, l'interactivité se situe au cœur de notre démarche.

Mais le CNIPSY c'est aussi chaque année le moyen de rencontrer des internes d'autres régions, de se retrouver ensemble autour, certes d'un congrès, mais aussi de tout ce qui l'entoure de convivial et de festif (Pot d'accueil, Hôtel, Soirée, Repas...).

Alors si vous êtes interne ou futur interne ne manquez surtout pas de venir au congrès et de faire en sorte, par votre présence, qu'il soit inoubliable.

Pour vous inscrire rien de plus simple, rendez-vous sur :

<http://cnipsy2011lille.blogspot.com/>

A bientôt dans le ch'nord

L'équipe du CNIPSY Lille 2011

Jeudi 13 Octobre

Matinée :

« Dans les murs, hors les murs » : itinéraire d'un malade difficile.

Ah, si les murs pouvaient parler... De l'asile au secteur, des soins dans la cité à l'Unité pour Malades Difficiles, du consentement à la contrainte, les murs de la psychiatrie sont les témoins privilégiés de l'évolution de notre représentation de la maladie mentale.

Entre public et privé, entre « hôpital et ambulatoire », entre ouverture et enfermement, entre espace et temps, le contexte institutionnel influence nos pratiques et définit le cadre thérapeutique d'une relation entre un patient et une équipe soignante. Faut-il alors seulement en dépasser les limites pour être qualifié de « malade difficile » ?

Sous la présidence du Pr. Guillaume Vaiva (*Psychiatre, Chef de service de psychiatrie adulte du CHRU de Lille*)

■ L'architecture psychiatrique comme vecteur de liberté

Mr. Bruno Laudat (*Architecte consultant en santé mentale*)

■ UMD/USIP : du sécuritaire aux soins intensifs

Dr. Bernard Lachaux (*Psychiatre, Chef de service de l'UMD Henri Colin, Villejuif*)

■ Un malade difficile : pour qui ? Pour quelle structure ?

Dr. Jean-Luc Roelandt (*Psychiatre, Chef de service à l'EPSM Lille-Métropole*)

■ Privation de liberté : nécessité, limites, illusions

Dr. Elie Winter (*Psychiatre travaillant en libéral et en secteur, Paris*)

Après-midi :

Soins aux détenus, psychiatrie et justice

Place et cadres des soins psychiatriques aux détenus : état des lieux et perspectives à venir.

Sous la présidence du Pr. Pierre THOMAS (*Psychiatre, Chef du SMPP Nord-Pas-de-Calais, Docteur en Neurosciences*)

■ Moyens de la psychiatrie face aux soins des détenus : réalités et perspectives.

Dr. Pierre Lamothe (*Psychiatre, Expert, Chef du SMPP Rhône-Alpes*)

■ Place de la psychiatrie face à une obsession contemporaine : enfermer.

Dr. Daniel Zagury (*Psychiatre, Expert auprès de la cour d'appel de Paris*)

■ Le psychiatre dans les murs : actions et missions.

Dr. Catherine Adins (*Psychiatre, SMPP de Loos*)

■ Regard du Juge de l'Application des Peines : les enjeux du soin en détention, ses ambiguïtés et son articulation post carcéral.

Mme. Martine-Michelle Lebrun (*Juge d'application des peines*)

Symposium AFFEP : Idées préconçues et sécurité des soins : un risque d'enfermement ?

Pr. Laurent Degos (*Hématologue, Ancien président de la HAS*)

Vendredi 14 Octobre

Matinée :

La Cellule Familiale : Ressort ou fardeau ?

Depuis dix ans, la famille est confrontée à de nouvelles problématiques liées à l'adolescence ainsi qu'à l'émergence et l'irruption du virtuel dans son quotidien. Et quand la justice ou la pathologie psychique s'en mêlent, la cellule familiale doit s'adapter.

Pour le meilleur et (comme ?) pour le pire, elle est mise à contribution par les institutions médico-socio-judiciaires (ou médicales, sociales et judiciaires). Ce qui nous pose la question : la cellule familiale, ressort ou fardeau ?

Sous la présidence du Dr Renaud Jardri (*Psychiatre, Docteur en neurosciences, CHRU Lille*)

■ Une famille prise au piège dans ses valeurs : Simulation de thérapie familiale.

Pr. Mony Elkaim

■ L'adolescent et les écrans: la dyade numérique

Dr. Serge Tisseron (*Psychiatre, Psychanalyste, Docteur en psychologie, Paris*)

■ Les interactions familiales vues par le juge des enfants

Mme. Laurence Bellon (*Magistrat, Vice-présidente au tribunal pour enfants, Lille*)

■ Autisme : La famille dans la souffrance

Dr. Anne-Yvonne Lenfant (*Psychiatre, Chef HDJ spécialisé TED, CHRU Lille*)

Après-Midi :

La psychiatrie enfermée dans des idées reçues ?

Schizophrène dangereux, Folie, Stigmatisation des pratiques, Camisole chimique, Chambre d'isolement, Psychopathe...

Sommes - nous prisonniers des idées reçues ?

Entre fantasme et réalité, la psychiatrie et sa pratique interpellent la société toute entière mais aussi le corps médical....

Sous la présidence du Pr. Olivier Cottencin (*Psychiatre, Chef du service d'addictologie du CHRU de Lille*)

■ Pub et psy : le choc de l'image

Mr. Philippe Brandt (*Publicitaire*)

■ Société et psychiatrie: l'information à l'épreuve

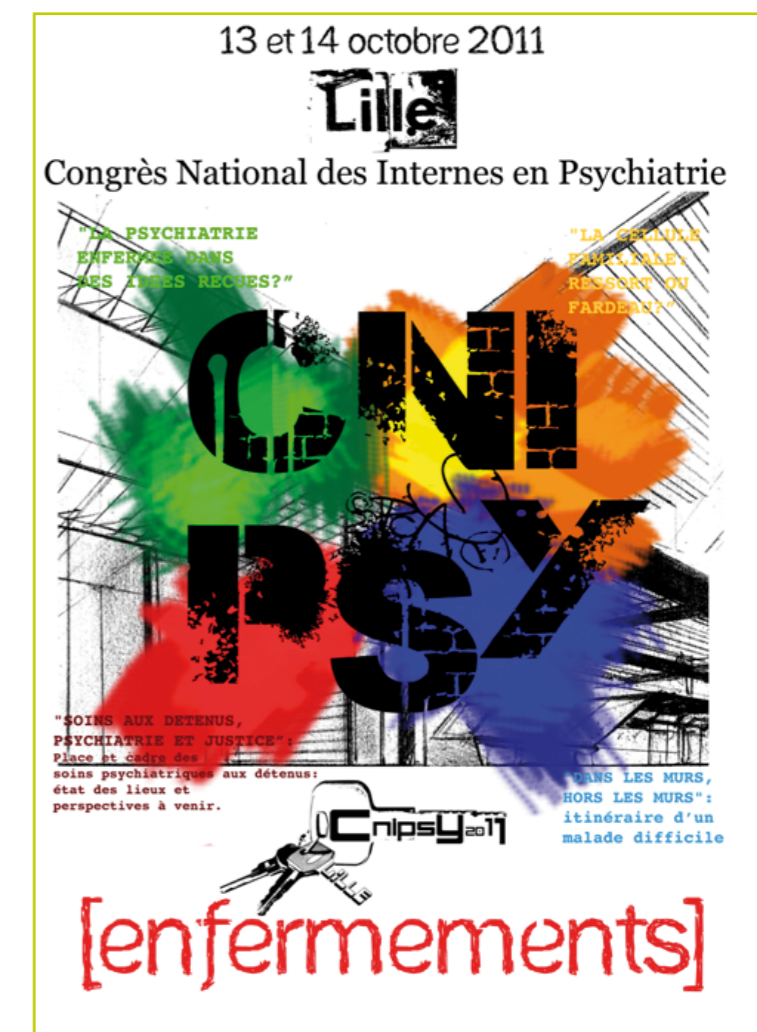
Mme. Isabelle Souquet (*Journaliste*)

■ Confrontation entre le corps et l'esprit : le regard du somaticien.

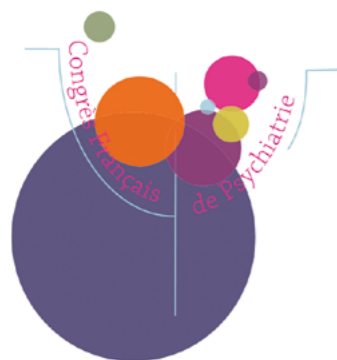
Dr. Fabien Vaniet (*Urgentiste, Urgences de Valenciennes*)

■ Psychiatrie de liaison : trait d'union ?

Pr. Sila Consoli (*Psychiatre, Chef du Service de psychiatrie de liaison à l'HEGP*)



DSM, facebook et l'industrie pharma !



congrès français de psychiatrie 3ème édition

lille grand palais | du 07 au 10 décembre 2011

Venez nous rejoindre au sympo AFFEP de la 3ème édition du CFP, qui aura lieu lors du Forum des associations le Mercredi 7 décembre 2011 de 13h30 à 15h00 (cette journée est accessible sur inscription gratuite mais obligatoire).

De l'utilisation de Facebook et du DSM aux liens avec l'industrie pharmaceutique : quelles implications sur les pratiques des internes ?

Présidé par Aude van EFFENTERRE, interne, Paris

« Internes et DSM-IV : quels utilisateurs ? »,

Matthieu CHARLE, interne, Toulouse

Depuis sa première publication, en 1952, et à l'aube de la parution du DSM-V, notablement modifié, le DSM est à l'origine de débats souvent passionnés, parfois houleux, entre défenseurs et détracteurs. Il semble cristalliser l'opposition entre deux visions de la psychiatrie, entre plusieurs pratiques cliniques également. A notre droite, une défense du DSM au sein d'une psychiatrie médicale, objective, scientifique... A notre gauche, une critique du DSM au sein d'une psychiatrie humaniste, structurale, laissant toute sa place à la subjectivité... Une caricature ? Mais, finalement, malgré cette divergence, malgré cette hégémonie supposée du DSM comme classification, quelle est l'utilisation réelle du DSM par les jeunes psychiatres ?

L'objectif principal de l'étude est de connaître le taux d'internes utilisant le DSM-IV dans la pratique clinique. Nos objectifs secondaires sont de déterminer des différences d'utilisation en fonction du profil des internes. Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, menée au cours de l'année 2011, auprès des internes en DES-psychiatrie français. Les

données en ont été recueillies via un auto-questionnaire internet, diffusé grâce à l'aide de l'AFFEP.

Le critère principal de jugement est donc l'utilisation du DSM-IV TR, dans la pratique clinique, par les internes en psychiatrie. Nos résultats préliminaires montrent une utilisation du DSM légèrement inférieure à cinquante pour cent chez les internes interrogés, selon des caractéristiques liées notamment au type « d'école psychothérapeutique » envisagé. Notre présentation aura donc pour objet de discuter d'une part, de l'utilisation du DSM-IV TR par les internes en psychiatrie et d'autre part du lien entre profil de praticien et utilisation du DSM.

Médecins, patients : on se retrouve sur Facebook ?!

Delphine CATINAUD, Interne, Lille

Aujourd'hui, Internet nous permet de multiplier les échanges et les contacts sociaux, en mettant à notre disposition des nouveaux moyens de communication instantanée qui abolissent les distances relationnelles. Nous entrons en contact avec d'autres internautes par l'intermédiaire de nos identités numériques, que nous pouvons moduler selon notre personnalité ou notre humeur, exposant parfois des données personnelles intimes sans réelle limite. Le développement des réseaux sociaux, dont Facebook, a encore amplifié ce phénomène.

Selon son créateur, Mark Zuckerberg, Facebook regroupe plus de 500 millions d'utilisateurs. Même si ce chiffre est peut-être surestimé, nous sommes nombreux à connaître ce réseau social, et certains d'entre nous y sont même inscrits. Simple phénomène de société ? Peut-être, mais, en tant que jeunes psychiatres, nous sommes-nous déjà interrogés sur notre utilisation de Facebook ? Quels aspects de nous-mêmes laissons-nous sur nos pages personnelles ? Quelles photos apparaissent sur nos profils ? Les informations intimes laissées sur cet espace public, consultables par tous, y compris par nos propres patients, peuvent-elles remettre en question une relation thérapeutique déjà établie ? Ou au contraire, Facebook peut-il nous permettre de créer des liens potentiellement thérapeutiques avec certains de nos patients ? Et pourquoi pas, Facebook pourrait-il devenir un outil dans notre pratique quotidienne de la psychiatrie, permettant un accès instantané aux informations les plus personnelles de nos patients ?

Inspirée des travaux du Dr Ghassan Moubarak réalisés en 2009, cette étude, par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire diffusé par Internet en mars 2011 aux jeunes psychiatres français, décrit leur utilisation de Facebook et leur opinion concernant son impact potentiel sur la relation thérapeutique en psychiatrie. Il interroge plus largement notre rapport au virtuel dans notre pratique psychiatrique quotidienne.

Relation entre les internes de psychiatrie et les laboratoires pharmaceutiques en France et en Europe.

Elodie DEL VALLE, interne, Angers

Depuis les années 1950, les psychotropes ont progressivement pris une place considérable dans l'exercice

de la psychiatrie. Ils sont même devenus le marché le plus important au monde des industries pharmaceutiques. Aux antipodes de cet univers de dollars, les internes, face à la pathologie de leurs patients, tentent de se former au mieux à la prescription de cet or thérapeutique. Comment peut donc se dérouler la rencontre entre ces deux mondes ayant des intérêts si différents ?

Ainsi, sous l'égide de l'EFPT (European Federation of Psychiatry Trainees), l'étude PRIRS (The Psychiatric Resident/ Industry Relationship Survey) s'est intéressée à la relation que pouvaient avoir les internes européens et français avec les laboratoires pharmaceutiques.

En effet, même si l'on trouve de nombreuses données sur le sujet aux États-Unis, très peu d'informations sur la situation en Europe sont disponibles. De nombreuses questions subsistent. Quelles sont la nature et la fréquence de leurs interactions ? Quelles attitudes les internes peuvent-ils adopter ? Existe-il une disparité entre les différents pays d'Europe, les différents types d'institutions ou même entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie ?

De juin 2010 à mai 2011, un auto-questionnaire de 62 items a été distribué aux internes de psychiatrie d'une vingtaine de pays d'Europe dont la France. Les conditions de travail et de formation des internes ont été prises en compte. Nous présenterons les résultats de cette étude lors de ce symposium de l'AFFEP et questionnerons la complexité de cette relation, souvent peu élaborée par les différents intervenants.



Agenda des prochains congrès et colloques

40^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée

22, 23 et 24 Septembre 2011, Amiens

« Violence(s) »

Tarif : gratuit pour les internes et étudiants (voir conditions sur www.affep.fr)



30^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique (SIP)

Du 5 au 8 Octobre 2011, Montpellier

« Perversions »

Tarif : gratuit pour les internes (voir conditions sur www.affep.fr)



10^{ème} Congrès National des Internes en Psychiatrie (CNIPsy 2011)

Pour son 10^{ème} anniversaire, le CNIPsy revient sur son lieu de naissance...

13 et 14 Octobre 2011, Lille

« Enfermements »

Tarifs : 50 euros sans hébergement, 60 euros avec hébergement

(voir conditions sur www.affep.fr et www.cnipsy2011lille.blogspot.com)



Les 10^{èmes} Journées de l'AFTAD (Association Française des Troubles Anxieux et de la Dépression)

18 et 19 Novembre 2011, Paris

« Anxiété et dépression : cognitions et émotions »

Tarifs : gratuit pour les internes adhérents à l'AFFEP, 50 euros pour les internes non-adhérents (voir conditions sur www.affep.fr)



3^{ème} Congrès Français de Psychiatrie (CFP)

Du 7 au 10 Décembre 2011, Lille

« Psychiatrie : pluralité de la recherche, convergence de la clinique »

Tarif AFFEP (internes adhérents) : 85 euros jusqu'au 15 Octobre, 120 euros ensuite

(voir conditions sur www.affep.fr et www.congresfrançaispsychiatrie.org)



Toutes les informations sur les congrès et colloques sur www.affep.fr



Le CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN en GUADELOUPE



RECRUTE

Le Centre Hospitalier de Monteran, implanté sur le territoire de SAINT-CLAUDE, est le seul établissement public en santé mentale du département de la GUADELOUPE.

La commune de SAINT-CLAUDE située sur les pentes du volcan de la SOUFRIERE a une superficie de 34, 27km2, pour 10 875 habitants. Connue pour son charme, son cadre verdoyant où il fait bon vivre, elle est dotée de crèches, d'écoles maternelles, primaires et secondaires. Commune en pleine évolution, elle a pour label « La Cité de la Connaissance », grâce à la création d'un pôle universitaire.

Activités :

Etablissement référent pour la prise en charge psychiatrique sur le territoire de la Guadeloupe, le Centre Hospitalier de Monteran est organisé en six Pôles médico-administratifs :

- 3 Pôles « Adulte » ;
- 1 Pôle « Pédopsychiatrie » ;
- 1 Pôle « Inter-sectoriel » ;
- 1 Pôle « Psychiatrie Légale »

Il dispose de 132 lits d'hospitalisation, de 13 sites extra-hospitaliers et de 3 établissements médico-sociaux.

Un projet médical ambitieux mené par une équipe de 30 Praticiens.

Besoins actuels :

Pour compléter cette équipe, le CHM recherche :

- **1 Chef de Pôle en Pédopsychiatrie**
- **4 Praticiens hospitaliers**

Vous pourrez pratiquer de la randonnée en montagne, de l'équitation et profiter pleinement des sources thermales.



Contacts :

Monsieur Francis FARANT
Directeur du Centre Hospitalier de Monteran
francis.farant@ch-monteran.fr
Tel : 0590 80 52 00 / 0590 80 52 01

Docteur Ibrahim ABOUD
Président de la Commission Médicale d'Etablissement
ibrahim.aboud@ch-monteran.fr
Tel : 0590 80 52 42 / 0590 80 52 54



Le CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE DE PRIVAS

établissement privé assurant le service public hospitalier sur l'ensemble du département de l'Ardèche, recrute dans le cadre de son projet d'établissement et pour l'ensemble de ses secteurs et de ses services intersectoriels (réhabilitation psycho-sociale, géro-psycho-geriatrie, alcoologie)

Des PSYCHIATRES à temps plein ou à temps partiel

Statut convention collective FEHAP du 31 octobre 1951
Nombreux avantages sociaux, Mutuelle et prévoyance, Retraite surcomplémentaire,
Possibilité de logement, Frais de déménagement pris en charge

Renseignements concernant les fonctions auprès du Directeur (04 75 20 15 10), ou du Docteur Giraud, président de CME (04 75 20 14 43)
Candidature par lettre avec CV à M. le Directeur Centre Hospitalier Sainte-Marie 19, cours du temple, BP 241 07002 Privas cedex

LE CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ INTERDÉPARTEMENTAL D'AINAY LE CHATEAU

Situé à 300 kms de Paris | A 1 h 30 de Clermont Ferrand | A 40 minutes de Bourges, Montluçon ou Moulins
Proche A71 – en lisière de la forêt de Tronçais



RECRUTE (Pour compléter son équipe médicale) 1 Psychiatre (Temps Plein)

Inscription au Conseil de l'Ordre Exigée
Possibilité de logement sur place

Comprenant :

- un secteur de Psychiatrie Adulte
- 540 places en Accueil Familial Thérapeutique
- une Unité de Soins de Longue Durée de 40 lits

Les candidatures, avec curriculum vitae, sont à adresser à :

Monsieur le Directeur | CH SI | 6 bis rue du Pavé | 03360 AINAY LE CHATEAU

Renseignements au :

Tél : Mr MONARD - 04.70.02.26.12 | e.mail : direction@chsi-ainay.fr | Site Internet : www.chsi-ainay.fr

Le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges (Haute-Vienne)



recrute un médecin psychiatre (H/F) par voie contractuelle ou statutaire

50% de son activité sera consacrée au Centre Régional de Diagnostic et de Ressources sur l'Autisme (CRDRAL).

Il assurera les consultations de diagnostics médicaux des jeunes adultes et adultes.

En partenariat avec la coordonnatrice, il managera le Pôle diagnostic évaluation adulte du CRA et veillera à la continuité dans la prise en charge des demandes des usagers.

Il devra afficher un intérêt marqué pour les Troubles Envahissants du Comportement et se montrer apte au travail en réseau.

Pour tout renseignement, contacter :

Stéphane Destruhaut

Attaché d'Administration Ressources médicales - CH Esquirol

05.55.43.12.45 - stephane.destruhaut@ch-esquirol-limoges.fr

Nathalie Etienne

Coordonnatrice CRDRAL - 05.55.01.78.62

nathalie.etienne@crdal.com



Dans le cadre de l'ouverture de son nouveau centre de psychothérapie en septembre 2011,

Le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-mer recherche ses 10^{ème} et 11^{ème} praticiens pour son pôle de psychiatrie

Les 2 secteurs adultes disposent d'une unité d'hospitalisation de 80 lits, d'un hôpital de jour de 30 places, d'un CATT, de CMP (2), de familles d'accueil thérapeutiques, d'appartements associatifs.

www.ch-boulogne.fr

Mail : recrutementmedical@ch-boulogne.fr

Renseignements complémentaires :


Jacky DRUESNE - Directeur des affaires médicales
tél.03 21 99 39 04

Dr FALLON - Chef de service
Psychiatrie nord
tél.03 21 99 82 62

Dr HANIQUE - Chef de service
Psychiatrie sud
tél. 03 21 99 82 68

Le Centre Hospitalier de Dreux est situé à proximité de la gare – 45 mn de Paris

Centre Hospitalier de Dreux



POLE DE SANTE MENTALE (2 secteurs psychiatriques 28 G 04 et 28 G 05)
 Chef de Pôle : **Docteur Pierre PARIS**

Le pôle de DREUX recrute UN médecin temps plein
 pour participer au développement de son projet médical.

Nombreuses possibilités :

- Participer au développement de l'Unité
- Hôpital de Jour / CMP
- Gardes sur place
- Travail de réseau avec le secteur libéral
- Assurer le suivi des patients psychogériatriques
- Travail de recherche et congrès
- Projets des UF ambulatoires

Poste de Praticien Hospitalier,
 Contractuel ou Attaché
 à pourvoir rapidement.

Pour tous renseignements
 contacter le secrétariat
 du chef de Pôle
 au 02.37.51.51.54
 ou par courriel
 psychiatrie.adultes@ch-dreux.fr

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (29) établissement de 1065 lits avec des activités MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EPHAD recherche afin de compléter l'équipe médicale de son Pôle de Psychiatrie/Addictologie :

➤ **2 Praticiens Hospitaliers Temps Plein en psychiatrie** (secteur 29G07) (remplacement de départs à la retraite)
 ➤ **1 Praticien Hospitalier Temps Plein en pédopsychiatrie** (secteur 29I03) (poste vacant)

Le pôle de Psychiatrie/Addictologie (282 lits +50 lits USLD, 183 places, 525 agents) comprend 3 secteurs de psychiatrie adulte, un intersecteur de pédopsychiatrie, un intersecteur d'addictologie, une fédération intersectorielle de 50 lits de géro-psycho, ainsi que 5 services spécialisés à recrutement intersectoriel : Gérontopsychiatrie, Hospitalo-requérants, UPEC/Liaison, Centre de réhabilitation et de réinsertion pour patients souffrant de schizophrénie, unité pour patients autistes adultes et souffrant de déficiences psychomotrices sévères. (18 psychiatres, 5 médecins généralistes dont un gériatre et un addictologue).
 Projet architectural de reconstruction des bâtiments d'hospitalisation en cours.
 Région très accueillante, qualité de vie incomparable (bord de mer, vie culturelle, associative, artistique développée, à moins de 4h de Paris en TGV, 2h de Rennes, 30mn de Brest).
 Pour tous renseignements, contacter :
 Madame le Docteur AUERHAAN, chef de pôle : 02 98 62 64 87, pauerhaan@ch-morlaix.fr
 Direction des affaires médicales : 02 98 62 64 40 mamorvant@ch-morlaix.fr
 Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
 15, rue de Kersaint Gilly – BP 97237
 29672 MORLAIX Cedex.
www.ch-morlaix.fr

CENTRE HOSPITALIER MARC JACQUET - CENTRE CONSTANCE PASCAL

L'HOPITAL GENERAL de MELUN (sud 77),
RECRUTE DES PSYCHIATRES
 à compter du 6 septembre 2011.

1 PH TEMPS PLEIN — 1 ASSISTANT SPECIALISTE

Pour la réouverture d'une unité d'hospitalisation de 20 lits sur Melun (secteur 77 G01). Il s'agit d'une unité d'entrants avec pathologies classiques de psychiatrie de secteur public.
 Un nouveau projet médical pour le secteur sera à réaliser avec l'arrivée le 6 septembre 2011 d'un nouveau médecin chef, et constitution d'une nouvelle équipe médicale et para-médicale pour ce projet.
 Participation au tour de garde : environ 4 par an voir plus si nécessaire.
 Accès : train direct Paris 30 mn, (gare de Lyon) - Autoroute A5 - Francilienne

CONTACTS :
 Madame le Docteur MUSSON, Chef du Pôle de Psychiatrie :
 Tél : 01.64.71.69.23 - laurence.musson@ch-melun.fr
 Madame PRESLE Aude, Responsable du Bureau des Affaires Médicales :
 Tél : 01.64.71.68.85 - aude.presle@ch-melun.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC
 (Charente Maritime)

Etablissement Public de Santé, situé au sud du département de Charente Maritime, à 75 kilomètres de BORDEAUX, au sein d'une ville thermale dynamique et touristique, gérant un hôpital général (médecine, chirurgie, urgences), des services de gériatrie (SSR et EHPAD) et deux secteurs de psychiatrie adulte, ainsi qu'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

RECRUTE 2 PSYCHIATRES
À TEMPS PLEIN

pour ses activités intra et extra hospitalières (un psychiatre sur le secteur de ROYAN et un psychiatre sur le secteur JONZAC-MONTGUYON).

Les candidatures, accompagnées d'un CV, sont à adresser à :
 Monsieur le Directeur
 CENTRE HOSPITALIER - B. P. 109 – 17503 JONZAC CEDEX
 Tél. 05-46-48-75-01 - Fax. 05-46-48-75-00 - Mail : direction.hopital@ch-jonzac.fr

LE CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS (62)

Centre Hospitalier ARRAS

Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile - Hôpital récent - Ville agréable, proximité de LILLE, 50 mn de PARIS en TGV

Recherche 2 praticiens hospitaliers temps plein en Pédopsychiatrie

- Possibilités d'exercice diverses (Centre de soins pour adolescents, CMP-CATTP, liaison en pédiatrie et maternité)
- Possibilité de partage de temps entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte
- Mise à disposition de logement

Candidature et CV à :
 Centre Hospitalier d'Arras, Direction des affaires médicales
 Bd Besnier - B.P 914 - 62022 Arras

Renseignements :
 Dr Lévêque, chef du pôle Santé Mentale : 03 21 21 10 70 - philippe.leveque@ch-arras.fr
 Barbara Gros, directeur des affaires médicales : 03 21 21 10 02 - barbara.gros@ch-arras.fr

L'ADSEA69 recrute

Sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et de l'adulte

Un Médecin Psychiatre ou un médecin généraliste (0,4 ETP)

Rémunération
 Selon convention collective du 15 mars 1966.

Prise de fonction dès que possible

Pour le Foyer d'Accueil Médicalisé L'Echappée à Condrieu (69) accueillant 49 personnes adultes présentant des troubles envahissant du développement.

Envoyer lettre de motivation + CV détaillé à :
 Mr LE DIRECTEUR
 FAM L'ECRAPPEE
 Place du marché aux fruits
 69420 CONDRIEU
 echappee@adsea69.fr

Mission
 Au sein de l'équipe cadre, la fonction du médecin psychiatre est :
 • D'assurer le suivi médical des personnes reçues et l'accompagnement des équipes pluridisciplinaires.
 • De soutenir la dimension soignante et bienveillante du projet d'établissement.

Diplômes et compétences
 • DES de psychiatrie et/ou DU autisme

Le Centre Hospitalier Manhès

Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif, appartenant à l'Union Mutualiste d'Initiative Santé.
 A 25 km au Sud de Paris et à 10 km d'Evry, facilement accessible par la Francilienne ou l'A6, situé dans un agréable parc arboré de 17 hectares dans le vieux village de Fleury-Mérogis.

Recrute 1 PSYCHIATRE à Temps Plein
 Pour son Unité de Psychiatrie Adulte - Spécificité du service : activité de sismothérapie

L'Hôpital Manhès, c'est :

- Une Unité de médecine et de SSR de 39 lits (obésité – addictologie – SSR polyvalent)
- Une Unité de Psychiatrie : 30 lits de structure ouverte (3 lits de sismothérapie)
- Une Unité d'hémodialyse rénale : 20 postes d'hémodialyse rénale (dont 2 d'entraînement à la dialyse à domicile),
- Des consultations externes : Laboratoire d'Analyses Médicales - Cardiologie Echocardiographie - Sevrage Tabagique Endocrinologie - Diabète - Soins Infirmiers (pansements lourds) - Néphrologie - Hyper-tension artérielle Holter cardiaque - Holter tensionnel - Maladies métaboliques - Nutrition Psychiatrie.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :
 Dr Bruno PANNIER, Président de la CME
 Tél : 01 69 25 67 07

Candidature à adresser à :
 C.H. MANHES - Mme ETIENNE, Directeur
 8, rue Roger Clavier - 91700 FLEURY MEROGIS
 mail : isabelle.etienne@ch-manhes.fr

Convention collective du 31/10/1951
 FEHAP secteur privé non lucratif, nombreux accords d'entreprise améliorant les conditions de travail et de rémunération, accès facilité à la formation, CE dynamique.

L'être humain au centre

Hôpital du Valais Spital Wallis

L'Hôpital du Valais (RSV), Suisse, est une entreprise autonome de droit public, regroupant 9 sites hospitaliers et l'Institut Central des Hôpitaux valaisais
 Il cherche pour son Département de Psychiatrie et Psychothérapie des Institutions Psychiatriques du Valais Romand, situé à Monthey, petite ville de 15'000 habitants du Valais romand, à une vingtaine de minutes de Montreux, dix minutes du lac et des montagnes, dispose de

Postes de formation postgraduée pour médecins.

Nous offrons la possibilité de formation post-graduée pour l'obtention du titre suisse de spécialiste en Psychiatrie-Psychothérapie reconnu par la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP) ainsi que par la Fédération des Médecins Helvétiques (FMH).
 Les Institutions Psychiatriques du Valais romand proposent un cursus de formation post-graduée en vue d'obtenir le titre de spécialiste de psychiatrie-psychothérapie en partenariat de la Faculté de médecine de Lausanne Il s'agit d'un établissement de catégorie A1 selon la FMH, et abrite un service de psychiatrie et psychothérapie hospitalière, un service de psychiatrie-psychothérapie de la personne âgée, un service de pédopsychiatrie, un service de psychiatrie et psychothérapie communautaire ainsi qu'un service de psychiatrie forensique.

Profil souhaité :
 •Titre de médecin suisse, européen ou jugé équivalent
 •Nationalité suisse ou européenne.

Nous offrons :
 •Des postes aux activités multiples dans le domaine hospitalier et extra-hospitalier.
 •Des conditions sociales liées à une grande entreprise.

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Georges Klein, médecin-chef, georges.klein@hopitalvs.ch - tel : ++41 24.473.33.33.
 Votre dossier de candidature est à envoyer à la Direction des Ressources Humaines, Institutions Psychiatriques du Valais romand, l'Hôpital de Malévoz, Rte de Morgins 10, CH-1870 Monthey, Suisse.

www.hopitalduvalais.ch



L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA MARTINIQUE
(250 lits)

14, Km route de Balata
97261 Fort-de-France cedex

Recherche :

PSYCHIATRE TEMPS PLEIN (H/F)

Pour renforcer son équipe médicale

- Rémunération base métropole + 20%
- Prise en charge du billet d'avion
- Possibilité d'hébergement durant 1 mois

Pour tout renseignement sur la fonction, contacter:
Docteur B.DELLAS
tel : 05 96 65 25 96
bdellas@ch-colson.fr

Pour tout renseignement sur les conditions d'emploi contacter:
La Direction des Ressources Humaines
Tél : 05.96.59.29.38 ou 05.96.59.28.60

Candidature accompagnée du CV détaillé et des titres et diplômes à adresser à :
Monsieur le Directeur
de l'EPDSM - Centre Hospitalier de COLSON
14km route de Balata - BP 631 | 97261 Fort-de-France cedex
Email : direction@ch-colson.fr



Etablissement de santé en addictologie recherche

2 psychiatres à temps partiel en CDI

pour unité de psychiatrie adultes en service de cure
et pour service SSRA (Soins de suite et réadaptation en addictologie)

Merci d'envoyer CV et lettre de motivation à :
personnel.cgr@wanadoo.fr
Vous pouvez aussi nous contacter au : 01 30 99 96 01

Centre Gilbert Raby
Château de Thun
2 avenue du Maréchal Joffre – 78250 Meulan-en-Yvelines




Le Centre Psychothérapique de NANCY

Recherche 2 Praticiens Hospitaliers temps plein

- 1 poste pour le Département d'Information Médicale (DIM)
- 1 poste pour l'Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire et Probatoire (UFPPP)

Le CPN se trouve sur la commune de Laxou, à 10mn du centre ville de Nancy, siège de l'ARS et de la préfecture de Meurthe et Moselle. TGV Nancy-Paris 1h30.
Il est situé dans un cadre verdoyant, et dispose à l'intérieur du site de logements et d'une Crèche (places prioritaires pour les enfants des employés).

Contact : Centre Psychothérapique de Nancy BP 11010 54521 Laxou Cedex, 03 83 92 50 05, drh@cpn-laxou.com, site www.cpn-laxou.com



L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE VILLE-EVRARD

Spécialisé en Santé Mentale recrute

Un assistant spécialiste en psychiatrie

pour son pôle 93 G 01, A Saint-Denis - Prérequis : formation TCC EMDR (souhaitée ou en cours).

- Affectation : au centre médico psychologique, consultation, participation et animation du staff quotidien, visites à domicile. A l'unité de patients au long cours, une demi journée par semaine.
- Possibilité de participer à la permanence des soins.
- Participation à la présence médicale des samedis matins à l'U.H.T.P.
- Participation aux travaux de recherche clinique.
- Objectifs : développer les VAD dans un travail de partenariat avec le service social de la mairie.

Pour tout renseignement concernant le poste :
Mme le docteur Laurence Stamatiadis
au 01.49.71.71.11,

Pour tout renseignement administratif :
Mme Marie-Josée MOLL
au 01.43.09.32.11

Tous les profils de postes sont consultables sur
www.eps-ville-evrard.fr

Adresser votre candidature à : M. Le Directeur de l'E.P.S. de Ville-Evrard - 202 avenue Jean Jaurès 93332 Neuilly sur Mame Cedex

Le Centre Hospitalier GERARD MARCHANT à TOULOUSE

Recrute



Pour son service de psychiatrie infanto juvénile

- 1 praticien hospitalier à temps plein
- 1 praticien hospitalier à temps partiel

Pour rejoindre l'équipe du Pôle déjà composée de 9 confrères psychiatres et d'une pédiatre.

Ces postes seront publiés au prochain tour de recrutement des Praticiens Hospitaliers.

- 1 assistant de spécialité

Les renseignements sur les postes peuvent être obtenus auprès du :
Docteur Jean-Jacques JOUSSELLIN,
Chef du Pôle Infanto-Juvenile
(tél : 05.61.43.78.73).

Pour le pôle de psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire

- 2 praticiens hospitaliers à temps plein
- 1 praticien hospitalier à temps partiel

Pour rejoindre l'équipe du Pôle déjà composée de 8 confrères et participer en 2012 à l'ouverture de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée.

Les postes seront publiés au prochain tour de recrutement.

Les renseignements sur les postes peuvent être obtenus auprès du :
Docteur Gérard LAURENCIN,
Chef du Pôle (tél : 05.61.56.60.00).

Pour le pôle de psychiatrie générale « Rive Gauche »

- 2 postes d'assistant spécialisé (secteur 1 de psychiatrie générale)

Les renseignements sur les postes peuvent être obtenus auprès de :

Docteur Christian BATAILLE,
Chef de service (tél : 05.61.43.45.15)

Docteur Radoine HAOUI,
Chef de Pôle (tél : 05.61.58.33.58)

Les candidatures avec CV sont à adresser à Madame SAHAL :
Madame le Directeur des Ressources Humaines - CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT
134, Route d'Espagne – BP 65714 - 31057 – TOULOUSE CEDEX 1
Tél. 05.61.43.77.72 - Fax 05.61.43.40.30 - secretariat.drh@ch-marchant.fr



Votre avenir professionnel ?

Imaginez-le aux Hôpitaux Universitaires de Genève...

... et rejoignez demain le premier groupe hospitalier de Suisse

Les HUG recrutent

DES MEDECINS INTERNES en PSYCHIATRIE

Proposer ses services aux HUG c'est se donner l'opportunité d'obtenir sa spécialisation en Psychiatrie avec une évolution vers des fonctions de cadre grâce à une formation en management soutenue et financée par les HUG. C'est aussi intégrer une équipe médico-soignante expérimentée et multiculturelle en bénéficiant de conditions de rémunération attractives.

Laissez-vous tenter par une expérience professionnelle enrichissante dans un cadre de vie associant les plaisirs urbains aux loisirs de la montagne et du lac.



Pour connaître nos offres d'emploi : www.hug-ge.ch Rubrique **Offres d'emploi**
Pour déposer votre candidature spontanée : e-recrutement@hcuge.ch
Les HUG sont également sur **Facebook**

L'AFFEP c'est un bureau, 7 référents inter-régionaux, 26 référents régionaux, 900 adhérents à travers la France... Et autant d'avantages au quotidien !

- **des tarifs réduits** pour de nombreux congrès
- **une mailing liste, lieu virtuel d'échanges et de discussions** réunissant tous les adhérents
- **un site internet** utile du 1^{er} au dernier semestre d'internat !
- **la diffusion du « Psy Déchaîné »**, journal trimestriel de l'AFFEP
- **des informations** concernant l'actualité de la psychiatrie, la formation au métier de psychiatre et la vie associative locale
- **des offres de postes** et de remplacements
- **des expériences et des projets à partager** au travers d'un réseau national d'internes en psychiatrie
- **l'information des nouveaux internes** grâce au Livret d'accueil distribué dans chaque ville
- **une représentation auprès des tutelles françaises et européennes**, l'AFFEP portant la voix des internes à titre consultatif pour toutes les discussions concernant notre formation
- **et plein d'autres choses à découvrir...**

Adhérer à l'AFFEP c'est simple et pas cher !

Il suffit de cotiser soit de façon collective par l'intermédiaire de votre association locale (15 euros), soit de façon individuelle (20 euros). Cette cotisation est à renouveler à chaque nouvelle année universitaire, c'est-à-dire au mois de Novembre.



17 rue du Fer à Moulin – 75005 Paris
www.affep.fr

Une idée d'article ?!

N'hésitez pas à nous envoyer vos propositions par mail à affepsy@yahoo.fr