



LE
PSY
DECHAINE



Le Psy Déchaîné

Association Française des Étudiants en Psychiatrie | N°5 - Dec 2011

*Ahh... FFEP
de beaux rêves...*



Sommaire

Et c'est parti pour le numéro 5 de votre journal préféré, dans lequel vous retrouverez bien sûr vos 3 rubriques habituelles, le « Focus sur une ville », le « Késako ? » et la « BD ».

Cette édition sera aussi l'occasion d'aborder d'importantes questions d'actualité sur notre formation comme la réforme préparée par la CNIPI, le projet de CESP ou la formation à la recherche. Vous aurez également un petit aperçu de la première journée de l'AFTAD consacré exclusivement aux internes et CCA.

Pour ceux qui n'auraient pas pu venir au CNIPsy lillois cette année,

nous vous proposerons un compte-rendu du congrès reprenant les différentes interventions qui ont eu lieu autour du thème de l'enfermement. Congrès toujours avec le congrès de la SIP où les internes montpelliérains nous ont exposé quelques-uns de leurs travaux durant le club des jeunes psychiatres.

Enfin, vous trouverez une invitation au rêve, grâce à la feuille d'événement désirable, et au voyage avec la découverte de l'engagement d'une interne à Haiti.

Aurélié BERGER, Marion AZOULAY, Aude VAN EFFENTERRE

■	Edito : Il n'y a pas d'internes heureux ?	01
■	Lettre commune CNIPI	02
■	Projet de CESP : A peine psychiatres... Mais déjà experts ?!	04
■	CNIPsy 2011: compte-rendu à plusieurs voix	07
■	Focus sur une ville : Caen	12
■	La formation à la recherche: des internes en quête	14
■	La feuille d'évènement désirable	18
■	Késako ?! : La MNASM	20
■	Le club des jeunes psychiatres à la SIP : perversions, rondo final	22
■	Une initiative encourageante pour la formation des internes	23
■	Haiti sous les décombres: chroniques caribéennes d'une interne en psychiatrie	24
■	Agenda des congrès et colloques	28
■	BD : La vérité sort de la bouche des patients	29
■	Annonces de recrutement	30

Présidente :

Aude VAN EFFENTERRE, avaneff@gmail.com

Vice-présidente :

Marion AZOULAY, marion.azoulay13@gmail.com

Secrétaire :

Malaïka LASFAR, malaikalasfar@yahoo.fr

Trésorière :

Aurélié BERGER, berger.aurelie@yahoo.fr

Coordination nationale :

Ilan ATTYASSE, ilanattyasse@yahoo.fr

Délégués EFPT :

Jordan SIBEONI, jordansib@hotmail.com

Aude VAN EFFENTERRE, avaneff@gmail.com

Délégués syndicats :

Marie-Elisabeth FISCHER, mariezafischer@hotmail.com

Lucie CHAUVELIN, lulu.chauvelin@orange.fr

Rédactrices en chef :

Marion AZOULAY, Aurélié BERGER et Aude VAN EFFENTERRE

Ont participé à ce journal :

Ilan ATTYASSE, Marion AZOULAY, Aurélié BERGER, Maxence BRAS, Marion COIFFARD, Elodie DEL VALLE, Mélanie DUVOIS, Thomas GIBON, Jean-Christophe GUILLAIN, Malaïka LASFAR, Mathieu LEMAIRE, Suzanne PARIZOT, Marie-Aude PIOT, Jordan SIBEONI, Aude VAN EFFENTERRE

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 2300 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.



« Il n'y a pas d'internes heureux » ?

Cher Père Noël,

J'ai une faveur à vous demander : pourriez-vous faire en sorte qu'aucun interne en psychiatrie ne décompense ou ne se suicide cette année ? Je sais, le retour dans le réel est brutal et vous préféreriez sans aucun doute la douce rêverie des fêtes de fin d'année. Laissez-moi vous expliquer le pourquoi de ce souhait.

Dès nos premiers pas d'interne, la psychiatrie nous confronte d'emblée à notre propre subjectivité, nos projections, nos désirs et nos limites. Alors que la maladie mentale et la souffrance psychique vont faire voler en éclats nos défenses médicales si rassurantes, nous nous retrouvons face à des responsabilités dont nous n'assumons pas encore l'entière légitimité, face aux fantômes de l'institution qui viennent nous hanter et, surtout, face à nos propres fantômes qui à tout moment peuvent se réveiller.

Pour reprendre une métaphore bien connue, l'interne en psychiatrie est un homard sans carapace... Il est à vif, incapable de se distancier et son aspiration fondamentale à soigner ne fait que majorer une angoisse déjà trop présente. C'est au gré des rencontres, des compagnonnages, des supervisions, des échanges et des lectures que l'interne va pouvoir se forger sa carapace puis la sublimer, qu'il va devenir le psychiatre que, sans doute, il avait toujours été. Et il y a, heureusement, beaucoup de lumières pour éclairer notre chemin d'individuation, des pairs suffisamment bons qui se préoccupent des internes, de leur formation et de leur avenir, des seniors qui sont de vrais seigneurs... Il y a dans les rangs de la psychiatrie française des psychiatres et des services qui vous font croire au Père Noël.

Mais hélas parfois ce processus d'individuation est mis à mal et nous constatons, impuissants, cette triste réalité : des cas de burn-out sans doute surestimés aux cas de suicides pas assez ratés...

Tout se passe comme si aucun interne n'était à l'abri, comme si aucun mécanisme de défense ne pouvait nous protéger, comme si le destin lui-même se résignait. Et c'est peut-être vrai ; car on a beau mentir, esquiver, dénier, banaliser, rationaliser, éviter... Si l'on est seul face à l'effroi et que l'on a personne pour nous aider, nous guider, ou – pire !! – si ceux qui doivent justement nous guider n'ont pas l'empathie, la patience et la bienveillance qui attirent à ce rôle... Alors, on arrête bien vite de croire au Père Noël et l'effraction de cette intolérable réalité ne peut être évitée.

Rassurez-vous, je ne cherche pas ici à nier l'individu et la stabilité de son équilibre mental. On ne reçoit pas tous les mêmes cadeaux au pied du sapin. Mais je ne peux m'empêcher de penser que beaucoup d'éléments pourraient facilement être modifiés pour préserver la santé mentale des internes de psychiatrie français.

Voici donc venu, cher Père Noël, la liste des cadeaux à m'apporter :

- Je souhaite qu'un stage sans projet pédagogique validé ne puisse pas accueillir d'internes ou de FFI ;
- Je souhaite qu'une supervision hebdomadaire soit obligatoire pour qu'un lieu de stage soit agréé ;
- Je souhaite qu'un encadrement et un accompagnement par un sénior soient toujours respectés ;
- Je souhaite enfin et surtout que les internes ne soient pas juste de la main-d'œuvre bon marché et que les 4 ans d'internat soient des années pour se former et non pour se déformer.

Comme le dit le poète :

« Rien n'est jamais acquis à l'homme ni sa force
Ni sa faiblesse ni son cœur et quand il croit
Ouvrir ses bras son ombre est celle d'une croix... »

Louis Aragon

Jordan SIBEONI
pour le bureau de l'AFFEP



Lettre commune CNIPI

La CNIPI (Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat) créée il y a maintenant 2 ans, a pour objectifs de proposer une réforme de l'internat et du post-internat de l'ensemble des spécialités. Nous avons réalisé dans le Psy Déchaîné numéro 1, une interview du Pr Bougerol, membre de la CNIPI, reprenant les différents projets de cette réforme.

En octobre 2011, l'AFFEP, associée à d'autres associations d'internes, s'est opposée dans une lettre commune adressée à l'ISNIH à la mise en place de cette réforme. En effet selon nous, la gestion des problématiques de formation ne peut s'envisager que sous l'angle de la spécificité, c'est-à-dire en tenant compte de la richesse et de la complexité de chaque spécialité, et ne peut être soumise à ce qui relèverait de tentatives d'uniformisation.

Vous trouverez ci-dessous notre courrier commun à l'ISNIH reprenant nos réserves quant au bien fondé de cette réforme :



AMICALE DES JEUNES INTERNISTES (AJI)
ASSOCIATION DES JEUNES DERMATOLOGUES (AJDERM)
ASSOCIATION FRANÇAISE FEDERATIVE DES ETUDIANTS EN PSYCHIATRIE (AFFEP)
ASSOCIATION DES INTERNES D'HEMATOLOGIE (AIH)
COLLEGE DE LIAISON DES INTERNES DE SANTE PUBLIQUE (CLISP)



Paris, le 10.11.2011

Monsieur le Président de l'ISNIH,
Mesdames et Messieurs les membres du bureau de l'ISNIH,

Nous, représentants des internes de psychiatrie, de santé publique, de médecine interne, de dermatologie et d'hématologie, regroupés au sein des associations AFFEP, CLISP, AJI, AJDERM et AIH souhaitons vous interpeller au sujet de la réforme du post-internat à laquelle nous nous opposons.

MAINTIEN DU SYSTEME ACTUEL D'INTERNAT ET DE POST-INTERNAT

En ce qui concerne l'internat, nous sommes pleinement satisfaits de la durée actuelle de chacun de nos internes. Une diminution de cette durée, au détriment d'un post-internat où la mise en responsabilité se fera aux dépens du compagnonnage et de la transmission de la part de nos séniors, ne nous permettra pas d'acquérir les compétences indispensables à notre pratique professionnelle. Par ailleurs, cette diminution du nombre de stage d'internat envisagée pour certaines spécialités risquerait d'entraver l'accès à d'autres spécialités et à d'autres lieux d'exercice, actuellement possible grâce à la mobilité (inter-CHU).

En ce qui concerne le post-internat, le caractère obligatoire de celui-ci pour toutes les spécialités est une perte de liberté regrettable sans gain de formation (l'interne jouant le rôle de PH sans en avoir le statut ni la rémunération). Pour les spécialités où ce post-internat est actuellement obligatoire, l'ajout d'une ou de deux années de séniorisation avant l'obtention du diplôme de DES ne s'apparente qu'à un allongement de l'internat et ne règle pas le problème du déficit en poste de CCA et de titulaire (PH, MCU-PH, PU-PH), qui serait alors simplement déplacé dans le temps.



ABSENCE DE GENERALISATION DE CE POST-INTERNAT A TOUTES LES SPECIALITES

Nous comprenons les difficultés que peuvent connaître certaines spécialités dans leur maquette de DES et dans l'accès au post-internat, notamment la chirurgie qui est censée être l'exemple le plus illustratif. Cependant, la majorité des spécialités ne connaît pas ces problématiques et certaines spécialités chirurgicales ne tireraient aucun bénéfice de formation de cette réforme (comme en témoigne les réserves émises par l'ACPF). Par ailleurs, cette réforme n'apportera aucune amélioration en termes de formation aux spécialités purement hospitalières actuellement en carence de postes de chefs de clinique ou d'assistants.

Nous entendons les motivations annoncées de cette réforme et notamment la modification des DES dont la maquette est obsolète ainsi que la nécessité de formation d'un plus grand nombre d'internes lié à l'augmentation du numerus clausus. Cependant nous maintenons l'idée selon laquelle la gestion des problématiques de formation des internes ne peut s'envisager que sous l'angle de la spécificité, en tenant compte de la complexité et de la richesse de chaque spécialité. Ainsi, nous ne comprenons pas l'intérêt de réformer des parcours qui sont, de l'avis de tous, satisfaisants.

LES DEFATS DE CE NOUVEL ASSISTANAT

Ce statut d'assistant est, de facto, celui d'un interne senior. Sans validation du DES, il n'y a pas d'exercice autonome en pleine responsabilité comme c'est le cas actuellement pour les CCA et assistants spécialistes. Par ailleurs, les modalités d'accès précises à ces postes ne sont pas définies. La proposition de réforme telle que vous la publiez dans « A Venir Médecin » de juin 2011, précise que ces postes seraient nécessairement attribués au sein du CHU d'origine et pourraient être imposés à un interne en cas de recherche infructueuse. La mobilité nationale sera également très fortement diminuée (car seuls les postes non choisis seraient disponibles pour les internes souhaitant migrer).

Plusieurs questions fondamentales restent aujourd'hui sans réponse. Comment accédera-t-on au concours de PH en l'absence de clinicat étant donné qu'il s'agit d'une filière sans activité universitaire ? Et ce d'autant qu'il a été proposé lors de la réunion du 2 avril de l'ISNIH de supprimer des postes de titulaires (PH, etc.) pour financer cette réforme. Dans ces conditions, comment envisager l'avenir de l'hôpital public ?

En conclusion, nous convergions pour émettre des réserves contre cette réforme en l'état, car elle ne répond en aucun cas à nos problématiques de formation et de parcours de post-internat. Nous espérons que les problématiques économiques sous-tendues par cette réforme n'iront pas à l'encontre de notre formation, et que ce courrier commun vous aura convaincu qu'une réponse unique à des spécificités et des parcours si différents n'est pas adaptée.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à notre lettre et en espérant que celle-ci nous permette de faire entendre notre position, nous vous prions d'agréer nos respectueuses salutations,

Les membres des bureaux de l'AFFEP, CLISP, AJI, AJDERM et AIH

PROJET DE CESP : A PEINE PSYCHIATRES... MAIS DÉJÀ EXPERTS ?!

La nouvelle est tombée dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre... Dans le cadre d'un projet de loi relatif à l'exécution des peines et à la prévention de la récidive, le ministère de la Justice a élaboré un projet de CESP (Contrat d'Engagement de Service Public) destiné spécifiquement aux internes en psychiatrie. Ainsi, l'article 7 de ce projet de loi prévoit de créer « un contrat d'engagement permettant d'inciter, sur la base du volontariat et en contrepartie d'une allocation mensuelle spécifique, les internes en psychiatrie à assurer la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice en s'inscrivant sur une liste d'experts judiciaires et une liste de médecins coordonnateurs et en établissant leur lieu d'exercice dans des départements où sont observées des insuffisances en la matière ». Vous trouverez ci-dessous le détail de cet article :

Article 7

Au chapitre II du titre III du livre VI du code de l'éducation, il est rétabli un article L. 632-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 632-7. - Chaque année, un arrêté conjoint du ministre de la justice et des ministres chargés de la santé et du budget détermine le nombre d'internes de médecine qui, admis à s'inscrire en vue du *diplôme d'études spécialisées de psychiatrie* à l'issue des épreuves classantes nationales ou ultérieurement au cours du troisième cycle des études médicales, peuvent signer avec le centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière un *contrat d'engagement relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice*.

« Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une *allocation mensuelle* versée par le centre national de gestion *jusqu'à la fin de leurs études médicales*.

« En contrepartie de cette allocation, les *internes s'engagent à exercer* leurs fonctions à titre salarié ou à titre libéral et salarié, à compter de la fin de leur formation, dans les *lieux d'exercice* mentionnés au quatrième alinéa, ainsi qu'à *accepter d'être inscrits sur une des listes d'experts judiciaires près les cours d'appel et sur une des listes de médecins coordonnateurs* prévues par l'article L. 3711-1 du code de la santé publique. *La durée de leur engagement est égale au double de celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans*.

« Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice *choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste, établie par le ministère de la justice, de lieux d'exercice situés dans des départements dans lesquels il existe un nombre insuffisant de psychiatres experts judiciaires ou de médecins coordonnateurs*.

« Les médecins ou les internes ayant signé un contrat d'engagement relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice avec le centre national de gestion *peuvent se dégager de leurs obligations* prévues aux troisième et quatrième alinéas du présent article, moyennant le *paiement d'une indemnité dont le montant égale au plus les sommes perçues au titre de ce contrat*. Les modalités de remboursement et de calcul de cette somme sont fixées par un arrêté conjoint du ministre de la justice et des ministres chargés de la santé et du budget. Le recouvrement de cette indemnité est assuré par le centre national de gestion.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article. Ce décret précise notamment les modalités selon lesquelles les médecins peuvent, pendant la durée de leur engagement, être autorisés à changer le lieu de leur exercice et à être inscrits sur les listes d'experts ou de médecins coordonnateurs relevant d'autres juridictions. »

Nous avons jugé important de vous retranscrire ci-après notre courrier destiné à l'ISNIH (InterSyndical National des Internes des Hôpitaux) et affirmant notre opposition à un tel projet. Nous en avons profité pour se décentrer du débat actuel, de nouveau alimenté par les derniers faits divers, et émettre des hypothèses d'amélioration concernant notre formation à la psychiatrie médico-légale.



Paris, le 29 Novembre 2011

Monsieur le Président de l'ISNIH,

Mesdames et Messieurs les membres du bureau de l'ISNIH,

Nous, en tant que membres du bureau de l'AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie) et représentants des internes de psychiatrie, nous déclarons opposés à la proposition de CESP (Contrat d'Engagement de Service Public) inscrite dans le projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines et visant à créer « un contrat d'engagement permettant d'inciter, sur la base du volontariat et en contrepartie d'une allocation mensuelle spécifique, les internes en psychiatrie à assurer la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice en s'inscrivant sur une liste d'experts judiciaires et une liste de médecins coordonnateurs et en établissant leur lieu d'exercice dans des départements où sont observées des insuffisances en la matière ». Nous n'évoquerons pas ici nos idéaux de libre arbitre, d'indépendance économique, de liberté dans le choix de nos pratiques professionnelles, idéaux qui ne sauraient s'effacer devant des incitations financières. Nous soulignerons seulement que la prise en charge des personnes sous main de justice, la pratique d'expertises judiciaires et la coordination de soins pénalement ordonnés sont autant d'exercices qui nécessitent, outre une expérience clinique importante, des connaissances et des qualifications spécifiques. Cela pose la question du besoin d'un temps de pratique clinique suffisant mais aussi de la nécessité d'une formation spécialisée pendant le D.E.S. de psychiatrie. Ainsi, un tel projet de CESP ne fera que mettre en danger des jeunes collègues dans des zones sous-denses où ils ne pourront ni en référer, ni demander de l'aide à des psychiatres plus expérimentés, et ce dans un domaine d'exercice où l'accompagnement est pourtant indispensable. Il les exposera à des difficultés et à des prises de décision très lourdes de conséquences, tant sur le plan de la liberté individuelle des personnes concernées que sur le plan de la défense sociale. Il est aberrant de laisser ces responsabilités à des jeunes psychiatres n'ayant pas fini leur internat et de les considérer à même de répondre aux exigences politiques et sociétales actuelles.

Pour autant, nous avons conscience que la composante médico-légale de la psychiatrie va être un problème de plus en plus difficile à résoudre dans les années à venir, aussi bien sur le plan expertal que sur le plan de la pratique clinique, plan qui est, malheureusement, totalement occulté par les instances décisionnaires. En effet, la psychiatrie dans la sphère médico-légale se divise en deux branches aux vocations très distinctes : une mission d'auxiliaire de justice avec l'expertise psychiatrique d'une part, une mission de soins avec la pratique clinique dans des structures en lien avec la justice et l'administration pénitentiaire (SMPR – Services Médico-Psychologiques Régionaux –, UHSA – Unités Hospitalières Spécialement Aménagées –, voire UMD – Unités pour Malades Difficiles – pour partie de leurs missions) d'autre part. Or, c'est aussi dans ces structures de soins que les besoins en termes de moyens humains vont rapidement croître. La relève doit être organisée dès maintenant : il manque déjà de psychiatres formés pour ouvrir certaines nouvelles UMD et UHSA, et des départs en retraite importants vont survenir dans un temps très court dans nombre d'UMD et de SMPR. C'est pourquoi il est indispensable de ne pas restreindre le débat, les décisions prises et les moyens alloués à la seule question des expertises, et ce au détriment de la fonction soignante, qui est et restera la mission première de notre exercice professionnel.

Dans le même sens, nous tenons à préciser que nous, jeunes psychiatres en formation, ne nous reconnaissons pas dans les débats politiques et médiatiques actuels. Nous regrettons que la question de la « dangerosité psychiatrique » soit trop souvent sur le devant de la scène médiatique, au gré des faits divers et au détriment de l'ensemble de nos patients. Nous nous opposons à la criminalisation de la psychiatrie et à la psychiatrisation de toute forme de criminalité. Enfin, nous déplorons que la psychiatrie légale ne soit évoquée, et prise en compte, que dans une visée sensationnaliste et sécuritaire. Elle est loin de se limiter à cela : la psychiatrie légale c'est avant tout prendre en charge des patients dans un temps donné particulier, à savoir pendant leur parcours judiciaire ; la psychiatrie légale c'est aussi offrir aux personnes détenues des soins psychologiques et psychiatriques de même qualité qu'à n'importe quel citoyen ; la psychiatrie légale c'est enfin prendre en charge des patients « difficiles » ou ayant bénéficié d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental et de travailler le lien avec leur secteur d'origine qui assurera la suite de la prise en charge.

Ainsi, nous profitons de ce projet de loi et de la tribune dont nous pouvons alors nous saisir pour émettre des propositions quant à l'amélioration de notre formation théorique, mais aussi pratique, à la psychiatrie médico-légale :

- Création d'un D.E.S.C. de psychiatrie médico-légale, D.E.S.C. qui se doit d'être non-exclusif (soit un D.E.S.C. de type 1). En effet, nous pensons qu'une filiarisation de ce pan de notre spécialité serait délétère. Nous l'envisageons comme une psychiatrie de liaison spécifique et sommes partisans d'un passage facilité entre la pratique psychiatrique hospitalière dite « classique » et la pratique psychiatrique dans la sphère médico-légale.
- Dans le contexte actuel où les différents D.E.S.C. tendent à être restreints, la création de Masters 1 et 2 de psychiatrie médico-légale est une alternative possible.
- Harmonisation des nombreux D.U. et D.I.U. déjà existants en France, dans l'optique d'aboutir à une formation réellement qualifiante pour les internes intéressés.
- Parallèlement, et compte-tenu du fait que deux tiers des expertises pénales sont effectuées par des Praticiens Hospitaliers étant à moins de 10 ans de la retraite, un tutorat devrait être mis en place entre internes intéressés et experts psychiatres expérimentés. Cela permettra de concilier un compagnonnage garant d'une formation de qualité avec la réalité des besoins futurs dans ce domaine.

Nous restons à la disposition de l'ISNIH, des instances décisionnaires et des Ministères concernés pour poursuivre le débat et aboutir, nous l'espérons, à des propositions constructives en termes de qualité de formation, mais aussi de service public et de démographie médicale.

Marion AZOULAY, pour le bureau de l'AFFEP

COMPTE-RENDU À PLUSIEURS VOIX

**11^e édition du CNIPsy, à Lille, 13 et 14 octobre 2011,
CONGRÈS NATIONAL DES INTERNES EN PSYCHIATRIE**

Compte-rendu

Le CNIPsy (Congrès National des Internes de Psychiatrie) est né en 2000 à Lille, sous l'impulsion des internes lillois qui souhaitent s'engager dans la création d'un projet pédagogique réalisé par les internes et à destination des internes. Les trois premières éditions ont lieu à Lille entre 2000 et 2005, puis le congrès entame un tour de France en devenant un rendez-vous annuel. Durant deux jours, un thème choisi par le comité scientifique est pris comme sujet d'étude et la diversité des sessions permet de dégager les multiples aspects d'une problématique différente chaque année : En 2007 à Montpellier, en 2008 à Lyon, en 2009 à Strasbourg (conceptions de l'homme en psychiatrie), et en 2010 à Marseille (intitulé « Mauvais Genres »), chacune des éditions démontre la vitalité et l'engagement des jeunes psychiatres et connaît un succès grandissant. En 2011, le CNIPsy reprend place dans la ville qui l'a vu naître, et la haute qualité scientifique des intervenants confirme le besoin et le désir des internes de se situer dans la tradition de la psychiatrie française, tout en étant un moment de rencontres et d'échanges entre collègues.

Le thème retenu cette année est l'enfermement, organisé en quatre demi-journées, successivement « Dans les murs, hors les murs : iti-

néraire d'un malade difficile », « Soins aux détenus, psychiatrie et justice : état des lieux et perspectives à venir », « La cellule familiale : ressort ou fardeau ? », et « La psychiatrie enfermée dans des idées reçues ? ». Dans une perspective multidisciplinaire, intégrant des champs variés de la psychiatrie, l'approche de ce sujet n'est pas sans trouver de résonances avec l'actualité du climat sécuritaire qui a envahi l'actualité psychiatrique française depuis la mise en application de la loi du 5 juillet 2011. Et cette loi n'est pas une initiative isolée puisque depuis quelques années fleurissent de multiples mesures du même ordre : peine plancher, durcissement des possibilités de remise de peine et rétention de sûreté, toutes sous-tendues par ce que les sociologues définissent par « le sentiment d'insécurité ». La psychiatrie, et ses patients, sont-ils donc aujourd'hui enfermés par la loi ou la population générale, et quelles sont leurs perspectives d'avenir ?

■ 1^{ère} session : « Dans les murs, hors les murs : itinéraire d'un malade difficile »

L'équipe lilloise du CNIPsy nous propose cette année une approche multidisciplinaire de l'enfermement et choisit donc de débiter cette première matinée par une présentation originale de l'architecte Bruno Laudat

sur l'architecture psychiatrique comme vecteur de liberté. Et quelle n'est pas notre surprise, et notre plaisir, de constater que la psychiatrie et sa pratique quotidienne dans les secteurs d'hospitalisation, se pensent aussi en termes d'espaces de vie et de liberté hors de nos murs d'hôpitaux. Mr Laudat et son équipe travaillent depuis plusieurs années en partenariat avec des hôpitaux psychiatriques afin de leur créer des bâtiments nouveaux, pensés en plaçant le patient au centre des préoccupations. Ils utilisent les principes de diversité architecturale, d'esthétique et de vide afin d'offrir à nos patients des espaces de soins confortables et adaptés à leurs pathologies.

Mr Laudat ayant posé les murs et nous ayant fait rêver à l'hôpital idéal, nous poussons la porte du service de secteur du Dr Jean-Luc Roelandt, psychiatre, à Lille. Nous découvrons alors un service où la chambre d'isolement n'existe pas et où la moyenne de séjour des patients en hospitalisation est étonnement basse. Il s'agit là des résultats de la volonté du Dr Roelandt de ne priver un patient de sa liberté qu'en cas d'absolue nécessité. Les situations de crise se gèrent par le dialogue et le relationnel entre le patient et les soignants afin d'éviter la mise en chambre

d'isolement et les risques qui en résultent : peur du patient et des soignants, problèmes somatiques et risque d'assimilation entre prison et hôpital pour les patients les plus persécutés. L'accent est mis sur les soins ambulatoires avec des équipes mobiles qui permettent la poursuite des soins y compris à domicile.

Ce secteur « idéal » est-il cependant compatible avec la réalité d'exercice de la plupart d'entre nous, lorsque nous apprenons que le service d'hospitalisation fonctionne avec 3 infirmiers pour une douzaine de patients alors qu'à Lyon, pour exemple, un service d'entrée classique de 24 lits n'est pourvu que de 2 infirmiers ?

Nous terminons la matinée par l'intervention du Dr Elie Winter, psychiatre à Paris, ayant une activité mixte en cabinet libéral et en CMP. Il nous propose de partager sa réflexion de psychiatre dans sa pratique quotidienne ambulatoire. Le secteur extrahospitalier est aujourd'hui bien développé et plusieurs alternatives existent pour pallier à l'hospitalisation en hôpital psychiatrique. Les lieux de crise, par exemple, offrent la possibilité d'une hospitalisation courte où la pratique de la contention molle est centrale. Lorsque l'hospitalisation est nécessaire, le patient garde la possibilité d'un choix quant à la question du consentement, et la plupart du temps, il consent aux soins.

■ **2ème session : « Soins aux détenus, psychiatrie et justice : état des lieux et perspectives à venir ».**

Cette seconde demi-journée,

présidée par le Pr Pierre Thomas, est l'occasion de mettre en lumière l'articulation des champs de la psychiatrie et de la justice.

Dans un premier temps, le Dr Pierre Lamothe intervient sur le thème des soins en milieu pénitentiaire. Après un bref rappel historique et un état des lieux de la réalité des moyens actuels, il regrette qu'il existe, aujourd'hui encore, des difficultés pour accueillir les patients sortant de prison sur les secteurs de psychiatrie. Si le suivi psychiatrique et psychologique de la population post-pénale a toujours fait partie de ses missions, la psychiatrie pénitentiaire doit désormais en remplir de nouvelles : addictologie par le biais des CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), éducation pour la santé, dispositifs spécialisés (prévention du suicide, traitements de substitution, unités de préparation à la sortie), prise en charge des mineurs, CRIAVS (Centres de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles), UHSA (Unités hospitalières Spécialement Aménagées), équipes mobiles des SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux). Outre ces nouvelles perspectives, se présentent de nouveaux patients (augmentation des troubles de la personnalité et manifestations extrêmes de la nosographie) ainsi que des nouvelles lois (répressives).

Ces fonctions supplémentaires se produisent dans un nouveau contexte de société préoccupant. En effet, nous sommes dans une société du « tout, tout de suite, et sans détails »,

du « risque zéro », de la « récurrence zéro », de la psychiatrisation à tout-va... Ainsi, Pierre Lamothe déplore, par exemple, que nos pouvoirs publics confondent rechute et récurrence et qu'ils demandent alors aux psychiatres, experts notamment, d'intervenir dans un champ qui n'est pas le nôtre, de prédire l'imprévisible ou, tout du moins, quelque chose qui ne relève pas de nos compétences médicales. Avec ce nouvel état d'esprit, les réponses apportées aux nouvelles demandes sont inadaptées. Tout cela nous conduit à nous réinterroger sur les objectifs du soin et reflète une mutation globale de la société contemporaine s'inscrivant dans un courant néolibéral remettant en cause des acquis et prérogatives pour une gouvernance par guidance et culte du risque. Pierre Lamothe évoque alors le concept de responsabilité « limitée » et la grande difficulté d'articulation des différents domaines en relation avec un risque de repli dans chaque champ.

Ensuite, c'est au tour du Dr Daniel Zagury d'interroger la « place de la psychiatrie face à une obsession contemporaine : enfermer ». Il profite de ce congrès dédié aux internes pour interpeller la nouvelle génération de psychiatres et souligne le défi fondamental que représente la transmission des valeurs de la psychiatrie par un compagnonnage entre seniors et jeunes psychiatres en formation. Il débute son intervention en soulignant que l'enfermement n'est pas seulement représenté par les murs mais qu'il peut avant tout être un carcan psychique. Il souligne alors que notre



mission, dans la lignée du mythe de Pinel, est de « délivrer le malade de ses chaînes psychiques ». Malheureusement, dans le contexte politique actuel, ce noyau identitaire de la psychiatrie centré sur la visée de la « libération psychique » se confronte aux volontés de certains politiques qui aboutiront indéniablement à l'« enfermement psychique » de nos patients. Daniel Zagury rappelle alors le discours d'Antony du 2 Décembre 2008 qui a représenté un « traumatisme » et une « sidération professionnelle » ; il nous exhorte désormais à la vigilance et à la résistance face à l'instrumentalisation et à l'empreinte déterministe actuelle.

Daniel Zagury conclue sur la nécessité de se recentrer sur la clinique psychiatrique ainsi que sur la nécessaire unité de notre spécialité.

A son tour, le Dr Catherine Adins nous apporte un regard éclairant évoquant son activité de psychiatre en SMPR. Elle nous narre, par un récit authentique et illustré d'anecdotes et de vignettes cliniques, la réalité et la diversité des actions et missions de l'exercice psychiatrique en milieu pénitentiaire. Elle fait également état de la nécessaire, mais parfois difficile, coordination entre les niveaux psychiatrique, judiciaire et pénitentiaire.

Enfin, Mme Martine-Michelle Lebrun, Juge d'Application des Peines aux qualités didactiques certaines, effectue un rappel sur les mécanismes des soins judiciairement ordonnés. Elle insiste également sur la nécessité d'une écoute mutuelle et d'une

communication de qualité entre psychiatres et magistrats quant aux soins dispensés en détention et en post-carcéral. Elle souligne aussi les efforts d'information, de pédagogie et de simplification de nos jargons professionnels que chacun d'entre nous a à fournir dans ce sens.

Ce désir de dialogue et de rencontre nous semble être de bon augure dans le contexte politique et législatif actuel qui pourrait cliver les acteurs de la psychiatrie et de la justice, chacun craignant que l'autre ne marche sur ses plates-bandes, ne s'empare de ses compétences propres et inhérentes à sa profession. Mme Lebrun rejoint d'ailleurs les propos tenus par ses collègues psychiatres en affirmant la visée liberticide des nouvelles lois édictées depuis quelques années déjà. Selon elle, en effet, les réponses pénales ne se font plus en fonction du discernement des sujets mais en fonction de leur possible réadaptation

■ 3^{ème} session : « La cellule familiale : ressort ou fardeau ? »

Le thème de la deuxième matinée reste fidèle au thème du congrès, reprenant l'enfermement sous l'angle familial : « La cellule familiale, ressort ou fardeau ? ».

La matinée débute avec le thérapeute systémicien Mony Elkaïm, qui présente l'enfermement comme le rôle dans le scénario familial dans lequel un individu peut être prisonnier, et qui l'empêche d'utiliser ses propres compétences. En effet, la théorie systémique définit les membres de la famille comme acteurs d'un

scénario particulier : l'analyse de ce scénario et du rôle de chacun va permettre, via la « résonance » (notion proche du contre-transfert psychanalytique) induite chez le thérapeute, d'introduire un vécu affectif nouveau chez les consultants, pouvant modifier les interactions et les modalités comportementales qui leurs sont habituelles, et qui ont motivé leur consultation. Afin d'étayer ces conceptualisations, Mony Elkaïm propose une simulation de première consultation familiale avec des internes, et demande au public de formuler des hypothèses : cette présentation interactive maintient l'assemblée attentive et réactive, et donne envie de poursuivre cette exploration familiale du symptôme lors d'une seconde consultation au CNIPsy 2012...

Laurence Bellon, magistrate et vice-présidente au Tribunal pour Enfants de Lille, prend ensuite le relais, pour évoquer la perception des interactions familiales par le regard d'un juge pour enfants. Son travail comprend des supervisions pluridisciplinaires, notamment des échanges réguliers avec des pédopsychiatres. Elle choisit la problématique incestueuse pour illustrer son propos, et la nécessité de prendre en compte le contexte relationnel familial qui a précédé un passage à l'acte incestueux qui doit être jugé. Laurence Bellon insiste sur le respect du principe de « contradictoire », soit le fondement d'une décision judiciaire sur l'ensemble des éléments mis à disposition et discutés par les parties, ce qui oblige à entendre le parent

agresseur et l'enfant lors d'un débat contradictoire. Pour la magistrate, cette confrontation nécessaire permet la mise en mots du passage à l'acte et de la souffrance qui lui est associée, le juge garantissant la circulation de la parole et le respect de chacun. Cette intervention fait prendre conscience que des professionnels de différents corps de métiers peuvent agir dans une même direction, et de manière complémentaire : l'ouverture sur le travail en réseau soin/justice paraît essentielle à la cohérence d'une prise en charge complexe d'interactions familiales figées et pathogènes.

Frédéric Kochman, intervient ensuite sur le thème : « les cyberaddictions, un enfermement virtuel ? ». La question de l'existence d'une addiction aux jeux vidéos, à internet et plus globalement aux mondes virtuels fait actuellement débat ; pour Frédéric Kochman, la réponse est oui, et il nous présente les théories qui sous-tendent la prise en charge spécialisée qu'il propose à la clinique de Lauréamont (Nord). Outre le risque de développer une problématique addictive, les jeux vidéos présentent en eux-mêmes des effets secondaires, corrélés au temps passé à y jouer : 4 fois plus de risques de développer une dépression au-delà de 4 heures par jour, une désafférentation neuronale progressive liée aux jeux violents, et affectant de manière significative les capacités d'empathie... Les cyberaddictions apparaissent certes comme une nouvelle forme symptomatologique, suivant les évolutions technologiques sociétales, mais semblent reliées à des problématiques affectives déjà décrites,

comme dans le modèle théorique de l'attachement : un attachement de type « insécure » se retrouverait très fréquemment chez les jeunes cyberaddicts, qui se réfugieraient ainsi de manière défensive dans les écrans.

Cette hypothèse permet à Pierre Delion de relier le thème des cyberaddictions à celui l'enfermement vécu par la famille au sein de laquelle vit un membre atteint d'autisme. Pour lui, les parents d'enfants autistes sont à la recherche d'une espérance, en réponse à leur souffrance, qu'ils peuvent trouver dans les références théoriques présentes sur internet, leur donnant une « intelligence artificielle » sur l'autisme. Pierre Delion évoque la nécessité de contractualiser les soins avec les parents, et de leurs donner régulièrement une information claire et précise sur le travail qui est proposé à la famille et à l'enfant. La restauration du narcissisme parental est essentielle, les parents se sentant disqualifiés dans leur fonction auprès de leur enfant, ce qui est inhérent à cette pathologie des interactions.

■ 4^{ème} session : « La psychiatrie enfermée dans des idées reçues ? »

Sous la présidence du Professeur Olivier Cottencin, la dernière session du CNIPsy fait intervenir des professionnels évoquant les modalités de la psychiatrie : contingence du psychiatre dans le champ médical, nécessité pour le somaticien, réductionnisme informatif pour le journaliste, pratique commerciale pour le publicitaire, autant de champs sociaux contraignant la psychiatrie dans un ensemble de préjugés aux visages

multiples.

Le Professeur Silla Consoli développe les risques d'enfermements et les défis que doit relever la psychiatrie de liaison ; prenant en compte les difficultés du patient à reconnaître, exprimer et faire entendre la souffrance psychique du patient hospitalisé en service médical, il défend la légitimité de l'intervention du psychiatre dans les services de médecine ; en évoquant le piège de la surtechnicité du soignant, il encourage l'investissement du soin (par rapport au traitement), du care (par rapport au cure). N'oubliant pas le risque de l'enfermement par la « culture hospitalière » des patients échappant aux normes (les difficiles, les migrants, etc.), il propose l'empathie et la lutte pour l'égalité des chances. Enfin, il confronte le sentiment de moquerie et de scepticisme que suscite le psychiatre lors de la remise en question, avec l'ouverture au champ médical et la recherche de compromis.

Le Docteur Philippe Lestavel, en miroir du psychiatre, propose le point de vue de l'urgentiste. Il rappelle que dix pour cent des urgences sont d'ordre psychiatrique. En comparant les missions et les attentes du psychiatre et de l'urgentiste, il met en évidence que celles-ci sont parfaitement interchangeables entre l'un et l'autre, et il défend l'idée que la confrontation doit faire place à la collaboration et à l'approche multidisciplinaire, surtout face à nombre de situations dont la prise en charge n'est pas séquentielle et n'entre pas dans le cadre d'une seule discipline médicale.

Par retransmission vidéo, Monsieur



Philippe Brandt, publicitaire de métier, et outils de travail à l'appui, catégorise les représentations de la folie quand celle-ci est le support de l'argumentation, mais fournit également l'exemple archétypal du fou dans sa connotation positive.

Madame Isabelle Souquet évoque les relations entre psychiatrie et journalisme. A la rapidité de transmission des informations s'oppose la nécessité de prendre le temps pour comprendre les concepts ; le factuel prend alors une place importante ; de plus, il y a nécessité d'une « traduction », intermédiaire entre la rigueur conceptuelle de la psychiatrie et le public. Enfin, elle mentionne la fonction citoyenne du psychiatre, surtout dans ses relations avec le Judiciaire.

La clôture de cette journée est faite par le Docteur Serge Tisseron, qui poursuit la réflexion de Madame Souquet en exhortant le psychiatre à trouver les mots simples et la rigueur scientifique qu'implique l'adresse au journaliste.

■ **Compte-rendu du Dr Suzanne Parizot :**

Invitée comme représentante de la revue l'Information Psychiatrique, j'ai beaucoup apprécié la vision de cette psychiatrie du futur en train de se construire, élaborée et manifeste au cours d'un tel congrès. Pour être intervenue au CNIPsy de Lyon en 2008, je connaissais déjà l'existence de ce rassemblement très particulier

des internes psychiatriques de tout notre pays ; je dois dire mon admiration non seulement pour la poursuite depuis 11 ans de cette organisation, -malgré la précarité de la condition d'interne, la multiplicité des sollicitations et obligations et surtout la mouvance des générations-, mais aussi pour la participation studieuse remarquable de quelques 400 internes rassemblés ici pendant deux jours autour de la problématique de l'enfermement psychiatrique, vite reformulée par les participants comme celle de la liberté et des liens entre Psychiatrie et Société. Hormis les conférenciers et quelques très rares visiteurs ponctuels à la mission bien définie (sponsors en très petit nombre, journalistes...), c'était une assemblée de jeunes adultes interrogeant avec pertinence la place qu'ils peuvent occuper à partir du double héritage, celui laissé par ma génération de psychiatres qui avons participé à (puis profité de) la libération de l'asile et celui du « retour en arrière » imposé par la société actuelle. Pour avoir discuté avec certains, mes impressions de simple auditeur-voyeur se sont confirmées : Curieux et à l'écoute des enseignements de leurs prédécesseurs, ces jeunes psychiatres n'apparaissent ni dociles ni révolutionnaires ; ils choisissent leurs conférenciers pour la réputation de leur expérience et non pour des titres institutionnels ou universitaires, et ils les interrogent avec sérieux pour

comprendre sur quelles histoires, quels questionnements, quelles données ils peuvent asseoir leur pratique psychiatrique, ayant bien conscience de vivre une nouvelle ère. S'ils ont entériné le roc des neurosciences, ils en critiquent le monopole dans la psychiatrie universitaire et réclament des enseignements philosophiques, sociologiques, psychologiques, culturels... Ainsi qu'en témoignent leurs choix de thèmes de congrès (le prochain porte sur le rêve); ils désirent un autre « socle » éthique, clinique, psychopathologique, sans lequel ils sentent, aussi bien que nous, que la pratique psychiatrique risquerait de devenir une série douteusement uniformisée de manipulations cérébrales ou moléculaires... Enfin, de ce congrès émane, pour moi, la vision de la constitution d'une « communauté des pairs ». Les internes de cette génération semblent avoir déjà compris, qu'une telle communauté est, malgré l'individualisme ambiant, un outil particulièrement indispensable aujourd'hui, pour élaborer des réponses aux questions fortes qui traversent la psychiatrie. ... Et j'ai assisté à une mise en pratique de cette conception (qui m'a toujours été chère) sur la constitution d'un savoir clinique, d'une pratique, avec la nécessité de son partage, qui assure le renforcement et la validation.

Ilan ATTYASSE, Marion AZOULAY, Aurélie BERGER, Maxence BRAS, Mélanie DUVOIS, Suzanne PARIZOT.

Nous en profitons pour remercier, de la part de tous les internes, les organisateurs lillois pour la grande qualité de ce CNIPsy 2011.



Focus sur une ville : Caen

A QUAND L'INTERNAT À CAEN ?

Il n'y a encore pas si longtemps de cela, c'est-à-dire cinq ans, l'internat de psychiatrie de Caen était composé de petites promotions, de 5 à 6 internes chacune. Depuis 2007, les promos ont doublé, pour arriver à une douzaine de nouveaux internes chaque année. Vous comprendrez vite, en lisant ce qui suit, cet engouement pour notre exceptionnelle ville ; auparavant, un bref rappel historique de notre vie associative vous situera le contexte et vous invitera à poursuivre avec nous la réflexion sur la dynamique de notre vie communautaire.

Internes caennaises en pleine concentration



L'associatif des internes caennais est né en 2005, avec la création de la première association locale d'internes en psychiatrie : l'AIPiC (Association des Internes en Psychiatrie de Caen). Cette association avait pour objectif de promouvoir un autre type de formation que celle proposée par le service universitaire, notamment par le biais de rencontres entre internes qui pouvaient, par exemple, échanger sur leur vécu de jeunes médecins dans le groupe d'analyse des pratiques cliniques, ou par le biais d'une discussion après la projection

d'un film (séance ciné), ou de manière plus informelle autour d'un verre au bar du théâtre.

L'AIPiC avait également pour mission d'accueillir les nouveaux internes à l'occasion d'un dîner dans un restaurant, traditionnellement la veille de leur premier choix de poste, afin de favoriser leur intégration dans cette ville, nouvelle pour la plupart d'entre eux, et de les conseiller sur les différents stages. Les internes ayant créé l'AIPiC sont à l'origine du premier forum internet, plate-forme incontournable de diffusion d'informations, d'organisation d'événements, de débats démocratiques et d'échanges passionnés, pour le meilleur et pour le pire ! L'AIPiC, fédérée à l'AFFEP lors de l'année de sa fondation, ne l'a plus été par la suite, mais a continué à garder des liens avec celle-ci en diffusant les informations de sa mailing list nationale aux internes caennais.

Centre Esquirol (service de psychiatrie du CHU)



s'agissait d'améliorer l'organisation, la représentation, la diffusion d'informations pratiques (en particulier l'accès à la formation) auprès des internes. C'est ainsi que le CRIPiC (Collectif Régional des Internes en Psychiatrie de Caen) est né, dont le président est aussi le représentant des internes, et qui comprend le poste de référent AFFEP. L'AIPiC reste présente dans la vie des internes caennais et continue de proposer régulièrement des rencontres permettant des échanges autour de discussions cliniques et théoriques. Le CRIPiC et l'AIPiC se partagent donc les missions

En 2011, les internes de Caen ont souhaité à nouveau formaliser ce lien inter-associatif : les promotions augmentant d'année en année, il



associatives auprès des internes, et se réuniront peut-être un jour.

Caen, c'est aussi une ville avec un internat dynamique (l'Association du Bureau de l'Internat du CHU de Caen), qui gère l'accueil des internes, mène des actions pour l'amélioration de leurs conditions de vie, propose des services aux internes (logement, bibliographies, site internet

d'échanges d'informations, organisation des gardes...) mais organise aussi des tonus et des soirées-événements. Depuis 2010, il existe également un syndicat associé à l'internat, le SIHN (Syndicat des Internes Hospitaliers bas-Normands). D'aucuns diront qu'il s'agit là de l'œuvre de parisiens exilés et nostalgiques de l'animation de la capitale... Cela ne nous empêche pas d'apprécier ses

invitations et l'intégration des internes de psy à cette vie confraternelle, ce qui n'est pas si évident, notre discipline nous faisant parfois nous sentir différents des « somaticiens ». Pas de ce genre de clivage à Caen, mais vous pouvez être rassurés : les conflits et les différends entre nous restent bien présents, animant nos débats, et assurant la continuité des idées !

A Caen, on sort facilement : vous en attesterez en vous promenant rue Ecuillère, alias la « rue de la soif », où étudiants en tous genres et trenaïres (voire plus...) nostalgiques de cette époque se retrouvent tous

les soirs, et particulièrement le jeudi. Rencontres pédestres insolites de retour de soirée assurées... Pas de panique, à Caen, on peut rentrer à pied ! Tout se fait facilement d'un point à l'autre de la ville, de quoi frus-

trer les parigots addicts au métro... Mais attention, il ne faudrait pas croire que l'internat de psychiatrie caennais n'est composé que d'expat' parisiens : c'est un internat cosmopolite, où vous deviendrez amis avec des angevins, des nancéens, des dijonnais, des lillois, des amiénois, des rémois et, bien sûr, des rouennais et des caennais, restés dans leur Normandie natale... et quelques gens du Sud (bordelais, montpelliérains et même niçois !), égarés dans la moitié Nord de l'hexagone. Nous vous laissons deviner la teneur des échanges qui peuvent naître de rencontres aussi cosmopolites...

Rue de la soif



Enfin, l'internat en Basse-Normandie permet de découvrir cette magnifique région (je vous renvoie pour plus de détails au descriptif de notre président sur le site de l'AFFEP) et, si vous êtes aventureux, vous pourrez aller jusqu'à découvrir les charmes de la Bretagne ou de la Haute-Normandie... Mais vous voudrez toujours revoir votre (Basse) Normandie, rentrer au port (de Cherbourg), voire y rester, qui sait ? Car, comme le dit l'adage : « Quand un étranger vient à Caen, il pleure deux fois : quand il arrive, et quand il repart ».



Plage de Ouistreham

Mélanie DUVOIS, assistante, ancienne référente AFFEP de Caen



La formation à la recherche :

des internes en quête

Méta-analyses, protocoles de recherche, biais, randomisation, matériel et méthodes... Dès le 2^{ème} cycle des études médicales, tous les étudiants entendent parler de ces mots, notamment lors des stages d'externat en Centres Hospitalo-universitaires (CHU). En effet, la plupart des internes ont une certaine représentation de ces termes mais, au-delà de cette représentation, sont-ils à même de développer un protocole de recherche ou encore de lire un article scientifique avec un regard critique ?

Les formations à la recherche : entre séminaires, stages et masters

Il existe plusieurs modalités de formation à la recherche durant l'internat, modalités variant grandement d'une région à une autre et décidées par le coordonnateur régional de DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées). Ainsi, la formation à la recherche peut se faire sous forme de séminaires intégrés au DES de psychiatrie, sous forme de masters de recherche, ou encore lors des stages d'internat.

Les séminaires sont des cours facultatifs permettant aux internes de s'initier à la recherche. Ces séminaires n'existent que dans un tiers des villes universitaires (Paris, Dijon, Rouen, Brest, Rennes, Poitiers, Montpellier et Nice), et concernent uniquement la formation à la recherche quantitative. Il est important de souligner que la formation à la recherche qualitative n'existe dans aucun des DES régionaux de psychiatrie en France [1].

La formation à la recherche peut aussi se faire au sein des services accueillant des internes, lors des séances de bibliographie par exemple ou en participant aux réunions et aux protocoles de recherche.

Une des autres modalités de formation à la recherche est la

réalisation d'un master de recherche ou M2R (anciennement dénommé DEA). Ces masters de recherche sont au libre choix de l'interne et peuvent être effectués soit en prenant une disponibilité de six mois ou un an, soit en parallèle de l'internat. Cette modalité est facilitée dans certaines villes comme Dijon, Rouen, Caen, Marseille, Nice, Bordeaux, Poitiers et Rennes où l'existence de postes d'internes aménagés permet d'avoir un mi-temps recherche et un mi-temps clinique.

Enfin, dans certaines villes, comme celles de l'inter-région Nord Ouest, la recherche est un domaine incontournable de l'internat, puisque la validation du DES se fait, en plus de la soutenance de la thèse et de la participation aux séminaires, par la rédaction d'un mémoire de recherche.

La position des universitaires

Devant une telle diversité génératrice d'inégalités dans les possibilités de formation à la recherche, qu'en est-il du positionnement des universitaires ? Le Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNU) a établi, à la demande de la CNIPI (Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat), un référentiel métier définissant les

compétences, connaissances et formations de base à acquérir pour devenir psychiatre [2]. La recherche y est mentionnée dans le cadre du développement professionnel continu : il est demandé à tout psychiatre d'acquérir une « formation initiale à la recherche ». Certains universitaires s'interrogent aussi sur la pertinence de l'intégration d'une année de recherche dans le DES de psychiatrie. La formation à la recherche semble donc être une des préoccupations des universitaires.

L'enquête de l'AFFEP sur les masters de recherche

Durant l'année universitaire 2009-2010, l'AFFEP a mené une enquête auprès des internes de psychiatrie concernant la formation à la recherche durant l'internat et, plus particulièrement, la réalisation de masters de recherche [3]. Le taux de participation était de 45%, soit 603 internes. Les résultats ont montré qu'un nombre non négligeable d'internes a fait un master de recherche : parmi les internes de 4^{ème} année, un quart a effectué un M2R. Il existe probablement un biais de sélection surestimant ce chiffre, puisque l'on peut supposer que les internes intéressés par la recherche ont participé davantage à cette



enquête. Néanmoins, ce résultat est en augmentation par rapport à une étude similaire réalisée il y a 10 ans montrant que 19% des internes de 4^{ème} année avaient réalisé un M2R [4], ce qui suggère un intérêt croissant des internes pour ces masters.

Parmi les internes n'ayant pas fait de master, un tiers ne souhaite pas en réaliser un, expliquant majoritairement cette décision par un manque d'intérêt pour la recherche. Mais l'enquête conclut aussi à un taux de 88% d'internes se considérant insuffisamment informés sur les M2R... Devant ce manque d'information, cette absence de séminaires de formation à la recherche quantitative dans deux tiers des villes universitaires et d'enseignement aux méthodes de recherches qualitatives dans la totalité des villes, ce désintérêt pour la recherche ne manquerait-il pas de sens ?

Recherche quantitative et recherche qualitative : intérêt égal, accès inégal

Un autre résultat particulièrement marquant est le décalage constaté entre le nombre d'internes intéressés par la recherche en sciences humaines et la proportion d'internes effectuant un master dans ces domaines. En effet, seuls 5% des masters réalisés concernent la psychanalyse, 8% la psychopathologie et 1% la psychiatrie transculturelle ; alors que 30% des internes se disent intéressés par une recherche en psychanalyse, 40% en psychopathologie et 47% en psychiatrie transculturelle (Fig. 1) ! Même s'ils sont à mettre en lien avec

le fait qu'un interne peut être intéressé par plusieurs masters de recherche, mais n'en réalisera finalement qu'un seul durant son internat, ces résultats posent question.

Le décalage constaté dans le domaine des sciences humaines n'est pas retrouvé dans celui des neurosciences : 48% des masters réalisés concernent les neurosciences, ce qui répond parfaitement aux 50% d'internes intéressés par une recherche dans ce domaine. A intérêt égal, il est donc plus facile de concrétiser un projet de recherche en neurosciences qu'en sciences humaines. Comment expliquer cette différence ?

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées

Tout d'abord, il existe davantage de formations ou séminaires traitant des méthodes de recherches quantitatives, méthodes utilisées préférentiellement dans les sciences dites « dures », que de séminaires initiant aux méthodes qualitatives, que l'on retrouve davantage dans la recherche en sciences humaines.

Une autre limite explorée par notre enquête concerne le lieu de réalisation du master. Pour pouvoir effectuer une recherche dans le domaine qui les intéresse, un tiers des internes se voit contraint de changer de ville. Parmi ceux n'ayant pas changé de ville, 10% des internes auraient été davantage intéressés par une recherche dans un autre domaine, non disponible dans leur ville d'internat. Nous pouvons citer l'exemple du master de psychiatrie

transculturelle disponible uniquement en Ile-de-France, ou encore des masters de psychanalyse disponibles seulement dans certaines villes.

Ensuite, au-delà de l'intérêt épistémologique de toute recherche, la perspective d'une carrière universitaire peut parfois être à l'origine de la réalisation d'un master et orienter l'interne vers certains domaines de recherche. En effet, l'obtention de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR), nécessaire pour devenir Professeur des Universités, est beaucoup plus facile pour les chercheurs travaillant dans le domaine des sciences « dures » dont les articles sont plus fréquemment publiés dans des revues à impact factor élevé, que pour ceux travaillant dans les sciences humaines.

Enfin, le mode de financement est un autre facteur expliquant cette différence. En effet, près de la moitié des internes ayant fait un M2R prennent une disponibilité. Un quart de ces internes considèrent que le financement a directement influencé le choix du domaine de recherche, les amenant à renoncer à leur intérêt pour une recherche en sciences humaines. En effet, 60% des internes en disponibilité pour M2R sont financés par des bourses (année recherche, académie de médecine, fondation pour la recherche médicale, industrie pharmaceutique, etc.), bourses réservées dans la très grande majorité des cas à des projets de recherche en sciences « dures » (Fig. 2).

Ce système de financement pèse ainsi de façon regrettable sur le choix



du domaine de recherche, laissant 40% des internes s'autofinancer par des remplacements et des gardes.

Des pistes d'amélioration

Au regard des questionnements soulevés et des résultats de notre enquête, nous pouvons dégager certaines pistes d'amélioration qui permettraient à la formation à la recherche d'avoir sa place dans le cursus de l'interne en psychiatrie.

Tout d'abord, chaque interne devrait bénéficier d'informations pratiques et complètes concernant la recherche et notamment les modalités d'accès à un master de recherche. Nous avons vu que seuls 12% des internes interrogés se disent suffisamment informés. Ce chiffre est variable en fonction des villes, ce qui illustre une des conclusions de notre enquête, à savoir l'hétérogénéité de l'information. En effet, certaines villes ont mis en place des modalités d'information et d'accompagnement des internes, sous forme de réunions d'accueil et de tutorat, mais ce n'est pas le cas de toutes. En ce sens, et dans

les suites cette enquête, l'AFFEP a créé un livret d'accueil destiné aux internes de 1ère année comprenant, entre autres, un guide des M2R. Ce guide constitue une première modalité d'information des internes, mais n'est pas suffisante.

Outre l'information, l'accès à des séminaires d'initiation à la recherche doit exister dans chaque DES régional de psychiatrie. La mise en place de ces séminaires dépend entièrement du coordonnateur de DES. Il est heureux de constater que certaines villes, comme Lille et Nancy, ont prévu de mettre en place ces séminaires pour l'année universitaire 2011-2012, mais quand verrons-nous apparaître des séminaires destinés aux recherches qualitatives ?

En ce qui concerne les masters de recherche, un des axes d'amélioration est la facilitation de la mobilité des internes. Cela ne peut s'envisager sans une meilleure coordination entre régions et inter-régions, travail entrepris par l'AFFEP et le CNUP lors de leur 1ère journée de travail

commun en mai 2011.

Quant au financement des masters, il ne doit ni influencer, ni faire renoncer des internes à leur ambition de recherche. Il faut repenser une aide au financement dédiée spécifiquement aux internes et couvrant l'ensemble des domaines de recherche. La création de bourses de recherche pourrait par exemple être réalisée grâce à l'aide des nombreuses associations scientifiques de psychiatres.

Enfin, l'industrie pharmaceutique participe, elle aussi, aux financements des masters et à la formation à la recherche, puisqu'elle organise de plus en plus de séminaires sur la recherche en général et sur l'exploitation des travaux en particulier. Regrettable, le constat est pourtant indéniable : l'industrie pharmaceutique vient occuper la place laissée vacante par l'université !

Conclusion

Quelles qu'en soient les raisons : satisfaire une curiosité personnelle, devenir chercheur, appréhender la psychiatrie sous un autre angle, acquérir un regard critique ou entamer une carrière universitaire, la recherche mérite d'être une des options de l'enseignement du DES de psychiatrie, option accessible dans toutes les villes universitaires et explorant l'ensemble des méthodes et des domaines liés à notre spécialité.

Telle est notre quête.

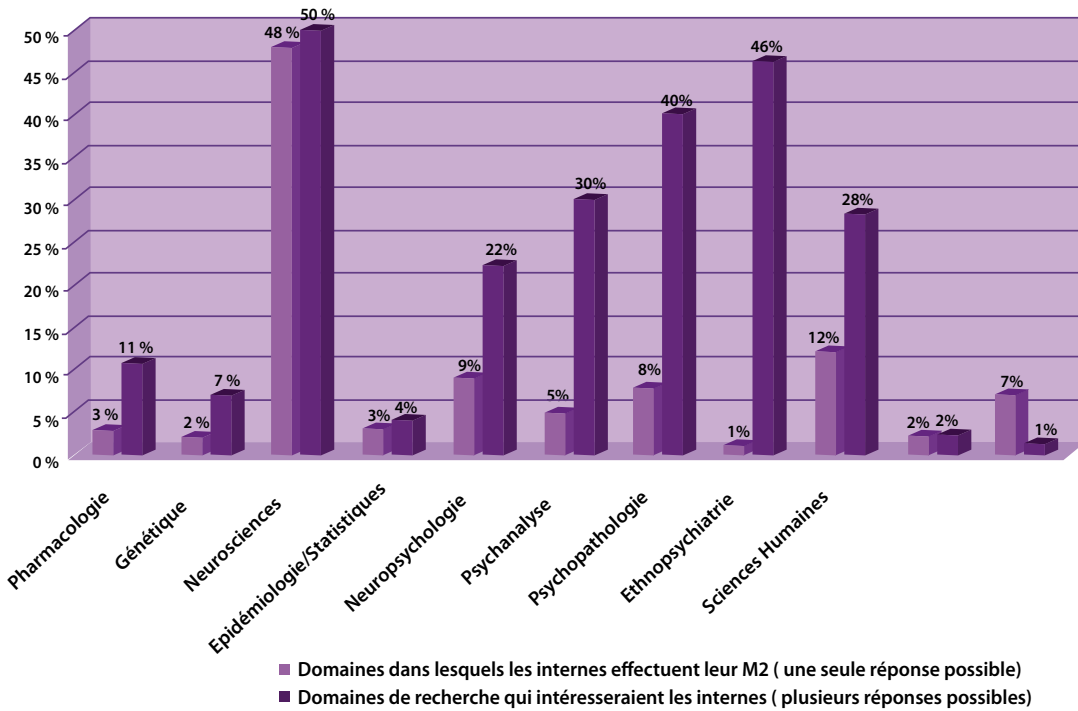


Figure 1 : comparaison des domaines dans lesquels les internes effectuent un M2R et de ceux qui les intéresseraient.

Modes de financement des internes en disponibilité pour un M2R

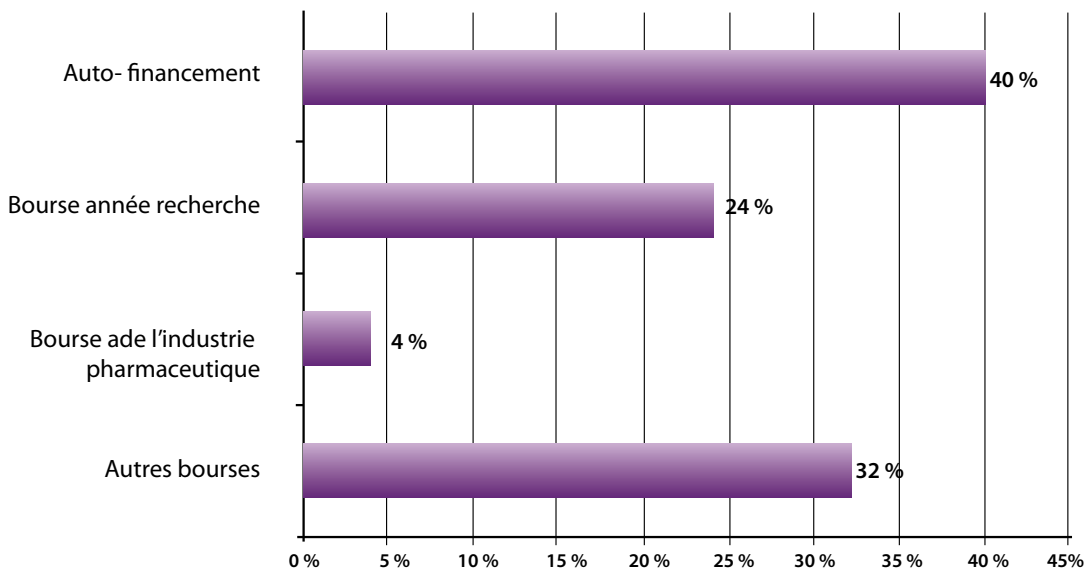


Figure 2 : Modes de financement des internes en disponibilité pour un M2R

Bibliographie

- [1] Lasfar M., Azoulay M., van Effenterre A. Enquête sur la formation en psychiatrie en France. Communication orale, 1ère Journée de travail AFFEP-CNUP. 10-05-2011
- [2] Référentiel Métier Psychiatrie. Travail coordonné par le Collège National des Universitaires de Psychiatrie dans le cadre de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat. Avril 2011
- [3] Van Effenterre A. Formation et information des internes en psychiatrie : quelle place pour la recherche ? L'Encéphale (2010), doi :10.1016/j.encep.2010.08.008
- [4] Hanon C. La formation des internes en psychiatrie. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris VI. 2001



La feuille d'évènement désirable

Faisons un rêve...

Non, ceci n'est pas une invitation à une séance d'hypnose collective. Il s'agit d'une idée qui vient d'émerger de mon imagination et que j'avais envie de partager avec toute personne ayant encore la possibilité de rêver. Faisons un rêve, d'accord, mais avec méthodologie !

Alors que le climat actuel est plutôt propice aux cauchemars et que les « psys » subissent les effets d'une structure bureaucratique laissant si peu de place au rêve, je vous propose d'inventer et de réinventer sans cesse un support destiné à lui redonner la place qui lui revient de droit.

Faisons le rêve de la Feuille d'Evènement Désirable (FED).

La Feuille d'Evènement Désirable

La Feuille d'Evènement Indésirable a pour fonction de signifier qu'un dysfonctionnement a eu lieu et (si j'ai bien compris) de susciter l'analyse des circonstances ayant conduit à ce dysfonctionnement, permettant ainsi d'agir en amont pour prévenir la répétition de tels évènements. Passage à l'acte, étourderie, acte manqué, désaccord... tout peut se lire sous le spectre de l'évènement indésirable, tant la présence de ce qui n'est pas souhaitable est plus criante que l'absence de ce qui l'est.

La Feuille d'Evènement Désirable serait donc un moyen de permettre la mise en mots de nos désirs les plus indicibles et de partager une rêverie personnelle qui, peut-être, ferait écho aux rêves de chacun. Sa fonction serait d'évoquer un Evènement Désirable, au sens d'un désir hypothétique, et non d'un projet bien réel.

Cette FED n'aurait donc nullement vocation à devenir le support d'une revendication quelconque. Ayant pour la plupart dépassé la phase schizo-paranoïde, nous sommes capables de faire la part des choses entre nos rêves les plus absurdes et ce qui est souhaitable ou réalisable en pratique.

Mon propos n'est donc pas ici de désigner comme mauvais objet les contraintes qui s'opposeraient inévitablement à toute vaine tentative de mise en application de mes divagations. Mais peut-être pouvons-nous parfois laisser nos pensées dépasser ces contraintes et nous autoriser à rêver pour imaginer de tels évènements.

« Le désir est fils de l'organisation » écrivait Diderot. La FED c'est le désir organisé, le support de la sublimation qui nous permet de faire face à un sentiment de perte de sens, par une prise de distance par l'imagination avec le principe de réalité vécu comme pesant.

La 1ère FED que je vous propose concerne la réalité administrative hospitalière qui tend à faire oublier que derrière un nom se cache bien plus qu'un passé.



Feuille d'Evènement Désirable n° 01

Date : ?

Lieu : internat de l'hôpital Daumézon

INTERNAT

« Les Marmottes »

Cet internat est un lieu chaleureux et convivial où l'on peut venir se détendre après une journée chargée et étayer nos difficultés auprès de nos collègues ou parfois de nos aînés.

Mais j'ai appris récemment que c'est aussi un lieu chargé d'histoire, un ancien pavillon intra-hospitalier de pédopsychiatrie, où des enfants ont vécu pour des périodes plus ou moins longues et où des soignants ont travaillé. Les murs nous parlent, bien que le fronton de notre internat ne porte plus son panneau « les Marmottes ».

Mon rêve c'est que nous internes qui ne sommes que de passage dans ces lieux, pour six mois ou plus, nous puissions les écouter. Ecouter les soignants qui veulent bien partager avec nous leurs souvenirs, parfois douloureux mais toujours riches d'enseignements. Que les pavillons de Daumézon gardent la trace symbolique du passé, les Marmottes, les Ecreuils, les Dauphins... Que les chiffres et les lettres (G013, I027...) ne remplacent pas complètement ces noms qui apportent de la poésie dans nos vies professionnelles.

Le cauchemar (tout aussi hypothétique que le rêve que j'ai voulu partager avec vous) ce serait que l'hôpital Daumézon ne soit un jour plus que le Centre Hospitalier Spécialisé Départemental 45.

L'importance des mots, leur sens symbolique font toute la spécificité de notre spécialité. Nous sommes attentifs aux mots de nos patients, puissions-nous l'être également aux nôtres.

Si ceci vous a plu, en voici une deuxième, à vous ensuite d'en imaginer d'autres...

Feuille d'Evènement Désirable n° 02

Date : ?

Lieu : les Marmottes

« La psychothérapie institutionnelle féline »

Fut un temps où des animaux avaient leur place dans les services de psychiatrie. Faisant fi de toutes les règles d'hygiène en vigueur à l'hôpital général, un chat, un chien, un lapin, un perroquet prenait ses quartiers au milieu des autres occupants des lieux, « réveillant » parfois certains patients que l'on pensait définitivement inaccessibles à toute interaction avec le monde réel.

Actuellement ces pratiques deviennent plus marginales, persistant parfois dans une certaine clandestinité... Mon rêve serait que l'on puisse à nouveau concevoir de telles cohabitations, et même réfléchir à ce que cela apporte à chacun.

Ainsi aux Marmottes, l'internat de l'hôpital Daumézon, vit depuis plusieurs années une chatte au passé chaotique, ancienne toxicomane, qui a subi des maltraitances dans sa jeunesse et a dû faire face au décès de son maître. Après des périodes d'instabilité où elle pouvait se montrer agressive, elle semble avoir trouvé un certain apaisement. L'amélioration de l'état psychique de Janis tient-il au cadre contenant des Marmottes, à la constellation transférentielle formée par les différentes personnes qui ont pris soin d'elle, à Nelly la nounou d'internat, aux générations d'internes qui ont hanté les lieux... La « soi-disant » psychothérapie institutionnelle ne se prête qu'aux hypothèses et élucubrations quant à ses modalités d'action, loin du modèle biomédical, n'est-ce pas ce qui fait son charme ?

Toujours est-il que Janis est bien installée ici, mais pour combien de temps ? L'exigence administrative répétée d'un relais vers l'ambulatorio nous questionne...

Lui manque-t-il un numéro d'admission pour asseoir sa légitimité dans les murs ?

La création d'une UHMB (unité d'hospitalisation mère-bébé) vétérinaire pourrait-elle apaiser les tensions autour de sa progéniture, elle aussi prise en charge de manière informelle par l'équipe des Marmottes, qui assure la pouponnière, la croisade antipuce et la recherche de familles d'accueil pour les petits marmottons ?

Et surtout comment les internes pourraient-ils continuer à habiter ces lieux s'ils perdaient leur âme...

Parfois les chats avec leur esprit de contradiction nous apportent paradoxalement une part d'humanité... Puissions-nous continuer de les entendre miauler tout en cherchant en vain ce qu'ils demandent à côté de leur gamelle pleine.

Merci de m'avoir lue.

Marion COIFFARD, interne de psychiatrie dans le Izérohuns



La MNASM : Mission nationale d'appui en santé mentale

En 1993, Gérard Massé remet au Ministre de la santé Bruno Durieux un rapport qui fera date : « La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale ». Peu de temps après, le ministère crée la MNASM, dont la coordination lui est confiée.

Composition

La MNASM est constituée d'une petite équipe pluri-professionnelle de membres permanents et d'une quarantaine de correspondants.

Son dernier renouvellement de février 2008 a confié la coordination au Dr Serge Kannas. Depuis février 2011, le Dr Catherine Isserlis est coordinatrice par intérim.

Missions

Ses missions sont fixées et évaluées par un comité de pilotage composé des directeurs de la DGOS (Direction régionale de l'offre de soins), DGCS (direction générale de la cohésion sociale), DGS (Direction générale de la santé) et CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) :

- Contribuer à l'évolution des dispositifs de santé mentale.
- Apporter son expertise aux pouvoirs publics dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques.
- Contribuer au suivi du Plan psychiatrie et santé mentale.

Compétences

Des interventions sur site

La MNASM, instance de médiation et d'aide à l'évolution des dispositifs de soins en santé mentale, intervient à

l'échelon d'une région, d'un territoire de santé ou d'un établissement, à la demande de l'ARS sur la base d'une lettre de mission de la DGOS. Elle est sollicitée pour analyser la situation de sites où se posent des problématiques de planification sanitaire, de conception de projet de territoire ou de projet de reconstruction.

Ces interventions sur site constituent le cœur de l'activité de la MNASM. Pour les mener, elle a donc créé progressivement un réseau de correspondants et constitue à chaque fois une équipe pluri-professionnelle. Ce réseau, évolutif et élargi, compte plus d'une quarantaine de personnes, réparties sur le territoire : psychiatres et pédopsychiatres, directeurs d'établissements de santé ou médico-sociaux, directeurs des soins, cadres supérieurs de santé, représentants des services, travailleurs sociaux, cadres socio-éducatifs, DIM, etc.

Une méthode

Ses missions ne sont ni du conseil, ni de l'audit, tels qu'ils peuvent être pratiqués par les cabinets de consultants. La MNASM considère qu'on ne peut proposer le meilleur traitement possible sans tenir compte des contraintes et des résistances propres au contexte d'intervention. Les missions ne sont pas non

plus des missions d'inspection. La MNASM intervient avec une équipe de professionnels qui ne se place pas dans une position hiérarchique ou de contrôle. Elle n'effectue pas non plus d'évaluation des pratiques professionnelles et ne délivre pas de certification ; elle présente ses préconisations.

La MNASM présente la spécificité, de se positionner dans une approche recherchant un partenariat de proximité, sur une durée significative, pour établir un diagnostic partagé. Elle cherche à réaliser une évaluation objective des problématiques en termes de santé publique pour préconiser des actions coordonnées entre tous les acteurs du territoire dans une temporalité conciliable avec la réalité du terrain. Obtenir l'adhésion des acteurs de proximité et des décideurs reste la clé de la réussite du changement lorsque celui-ci est identifié comme nécessaire.

Une expertise

La MNASM a ainsi capitalisé une expertise de terrain sans équivalent sur l'état de la psychiatrie française, ses crises conjoncturelles ou d'évolution, ses possibles voies de transformation, qui lui permet de proposer une vision prospective de la psychiatrie et de la santé mentale.



Elle est sollicitée par l'administration centrale pour des expertises ponctuelles afin d'enrichir la réflexion et l'action de celle-ci à partir de problématiques observées sur le terrain, relayé des expériences innovantes ou réussies, voire construire avec elle des outils. Elle participe, en appui technique, à des groupes de travail au niveau national ou local.

Des actions de formation et de communication

Pour faciliter l'accompagnement des acteurs, la MNASM organise :

- des formations organisées en partenariat avec l'EHESP (Ecole des hautes études en santé publique) ;
- des journées et des séminaires thématiques.

Ses supports de communication sont :

- la lettre Pluriels ;
- son site internet www.mnasm.com

Bilan d'étape

Depuis sa création, la MNASM est intervenue, parfois à plusieurs reprises, dans la totalité des régions et a effectué une soixantaine de missions sur site.

Cette période a été marquée par d'importantes évolutions :

- Explosion et massification de la demande de soins (62 % d'augmen-

tation des files actives en psychiatrie générale en onze ans, 100 % en psychiatrie infanto-juvénile¹).

- Accentuation du caractère ambulatoire des demandes.

■ Changement de paradigme : de la psychiatrie vers la santé mentale, intrication du sanitaire et du contexte social d'émergence des troubles, constat d'un continuum entre différents états cliniques, de la souffrance psychique à la pathologie mentale.

- Entrée en lice des usagers et de leurs familles, qui a profondément modifié la relation médecin malade.

■ Emergence du concept « handicap psychique ».

■ Loi HPST et création des ARS visant à accentuer le décloisonnement entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux.

En termes d'organisation et d'institutions, ces évolutions accentuent le déséquilibre entre soins en hospitalisation et soins en ambulatoire et souligne la nécessaire flexibilité de toute la filière de soins, de l'urgence au médicosocial. Apparaissent également les insuffisances d'accompagnement de la désinstitutionnalisation et l'intégration inaboutie de la psychiatrie à l'hôpital général.

Dans le contexte de crise démographique des métiers de la santé et de

l'action sociale, l'ouverture de la formation initiale et continue à la coordination des interventions semble bien être une clef sine qua non de l'avenir.

Dans cette situation mouvante, la MNASM tente de trouver des outils susceptibles d'apporter des réponses, en sauvegardant ou adaptant l'analyse des dispositifs antérieurs aux réalités actuelles et à leur devenir.

Elle examine dans chacune de ses missions la dimension sociale et médico-sociale du parcours du patient et veille à analyser systématiquement la situation des établissements au regard de cette question lors de tous ses déplacements sur sites. Elle a été chargée, dans le cadre des travaux du Plan psychiatrie et santé mentale, de réaliser un guide sur la problématique des hospitalisations inadéquates : « Une démarche plurielle de conduite du changement. Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie. »²

En 2011, la loi réformant l'hospitalisation sous contrainte et l'élaboration d'un nouveau plan psychiatrie et santé mentale, très attendu, venant scander l'affirmation d'une politique de santé mentale, ouvrent de nouveaux chantiers.

1 - DREES 2004

2 - consultable et téléchargeable sur notre site internet

L'équipe de permanents

Serge KANNAS - PH, ancien chef de service - coordinateur de la MNASM 2008 - 2011 - kannas@mnasm.com
 Catherine ISSERLIS - PH, Pédopsychiatrie - coordinatrice par intérim depuis 2011 - isserlis@mnasm.com
 Saïd ACEF - Directeur de réseau de santé - acef@mnasm.com
 Martine BARRÈS - Médecin de Santé Publique - barres@mnasm.com
 Pierre JUHAN - directeur d'hôpital - juhan@mnasm.com
 Sabine RIVET - directrice d'hôpital - rivet@mnasm.com
 Farida MESSIF - secrétaire de direction - mission@mnasm.com

Comment nous contacter :

MNASM 5 avenue d'Italie 75013 PARIS
 ☎ : 01 53 94 56 90
 📠 : 01 53 94 56 99
 ✉ : mission@mnasm.com
www.mnasm.com



Le club des jeunes psychiatres à la SIP



Perversions, rondo final



Un petit aperçu de ce qu'il s'est dit/fait/entendu à la session jeunes psychiatres des journées de l'information psychiatrique, le 7 octobre dernier à Montpellier.

Dernièrement, on s'est demandé s'il fallait tout résumer, références à l'appui, pour ce type d'exercice (un article dans le psy déchainé). Comme souvent, la solution est intermédiaire...

D'abord merci à tous ceux qui ont fait le déplacement (parfois lointain) vers Montpellier et son climat accueillant (fait exceptionnel, la grisaille dominait ce jour là). Une mention spéciale au bureau de l'AFFEP pour la logistique du repas (ou comment combattre l'hypoglycémie menaçante de la mi-journée).

Alors que s'est-il passé à ce symposium ? Et quelques idées pour la suite...

Nous avons écouté des histoires de sexsomnies, ces comportements sexualisés survenant au décours du sommeil, paradoxal surtout, vidéos à l'appui.

Nous avons abordé la place du pervers et, en miroir, celle de l'expert, au travers des modèles de compréhension psychiatriques et sociaux, de la psychanalyse aux neurosciences. Des outils imparfaits ? Cet aspect est détaillé dans le petit texte que Jean Christophe a bien voulu commettre, et qui accompagne cette bafouille.

Nous avons aussi échangé les points de vue, interrogations sur notre formation d'interne, autour de l'enseignement dispensé, ses voies pénétrables, ou pas. D'un point de départ : « on ne nous parle pas souvent des pervers » vers des choses plus générales : « de quoi on nous parle alors ? » (trop ou pas assez d'ailleurs).

Bref, on est resté dans le thème, autour de ce qui « nous détourne », chichement. Autour surtout de cette place de l'interne, « notre place » ou celle que nous imaginons, à construire, dans un effort d'autonomisation. Voilà qui devrait nous occuper.

L'objectif n'est-il pas de faire tomber les œillères que le quotidien psychiatrique a souvent tendance à forger ou entretenir ? Sûrement pour que la « curiosité » reste le trait fondamental de la psychologie du psychiatre, comme l'écrivait déjà Bonnafé.

Thomas GIBON, interne de psychiatrie et référent AFFEP de Montpellier

Le pervers dans le discours social actuel, la place de l'expert

En guise d'entame, situons la source des différences entre le point de vue social et celui de l'expert : son positionnement. Dans le discours social, le pervers est vu pour ses actes extérieurs, la marque d'un agresseur. L'expert, quant à lui, tend à observer le fonctionnement intérieur de ce dernier.

Les représentations données par les médias sont uniformes, simplistes ; l'exceptionnel devient général. La confusion entre les normes et le biologique est de bon aloi, les qualificatifs de fou ou de malade sont populaires. On en appelle à la science, l'expert doit alors révéler l'incompréhensible folie à l'œuvre, il ouvre donc sa mallette, et jauge les outils avec lesquels il pourra travailler.

A ce propos, étonnons-nous toujours des oppositions théoriques basées sur la nature des outils. Nous utilisons des outils, mais jamais l'outil dans notre main ne devrait déterminer notre identité. Aucun outil n'est non plus à négliger, l'un n'exclut pas l'autre, ni bon, ni mauvais ; il s'agit d'en disposer en fonction des situations.



Les descriptions cliniques les plus riches sont ici fournies par la psychanalyse. D'autres approches peuvent apporter une compréhension de la problématique affective, comme la théorie de l'attachement qui aborde les interactions du sujet avec les figures parentales, mais cette dernière n'explore pas le sujet même, et ne peut consister en une référence pour l'expert.

Les classifications internationales (CIM10, DSM IV) sont insuffisantes pour la description du pervers, et n'offrent que des fragments dispersés : personnalité dyssociale ou antisociale, personnalité narcissique... Les outils de mesure sont maigres. Il y aurait peut-être l'échelle de Robert Hare (Psychopathy Checklist Revised) qui comporte deux dimensions, dont l'une, interpersonnelle et affective, recherche l'absence d'empathie, des affects superficiels, la tendance à la manipulation ou au mensonge, mais elle reste très insuffisante. Il ne faut en aucun cas superposer le pervers aux classiques troubles de personnalité, et se contenter de remarquer que ces entités diagnostiques offrent des pistes de réflexion. La littérature scientifique, chez le sujet antisocial, relate des différences neuro-anatomiques, des modifications dans la reconnaissance ou la présence des émotions, ou encore l'absence de regret chez des sujets présentant une lésion du cortex orbito-frontal. Ces différences constatées chez le sujet antisocial sont-elles aux origines du développement du sujet, ou ne sont-elles que des conséquences tardives ?

Les connaissances sont à compléter, entre deux extrêmes, du tout constitutionnel au tout psychologique, une réflexion apparaît nécessaire, intégrant le développement psychique, la neurologie et l'environnement.

Pourquoi y réfléchir ? L'expert ne semble plus pouvoir se contenter de régler la balance, caractériser le sain du pathologique, et orienter dans le bon plateau l'individu. Le temps passe, et l'expert est rappelé, de nouveau soumis aux questions de dangerosité, aux possibilités de curabilité ou de réadaptation. S'il ne s'agit pas de psychiatrie, doit-on rendre une évaluation de la dangerosité et de la question inhérente de la récurrence ? Si nous y répondons, comment l'analyse psychodynamique et la neurobiologie interviendront-elles dans le devenir du pervers ? Concluons pour aujourd'hui et quelques décennies : ce qui pose véritablement question n'est pas la place de l'expert, mais la place du pervers.

Jean Christophe GUILLAIN, interne de psychiatrie à Montpellier



Une initiative encourageante pour la formation des internes

La formation des internes est une question souvent épineuse. Ce qui est certain c'est qu'elle déclenche fréquemment chez moi une certaine déception tant la formation universitaire est insuffisante, en particulier en ce qui concerne les psychothérapies. Malheureusement, en plus de leur coût non négligeable, les formations aux psychothérapies organisées par des organismes privés ou sous la forme de Diplômes Universitaires, ne comblent pas des lacunes indéniables et ne sont pas, la plupart du temps, suffisamment pratiques.

L'AFTAD (Association Française des

Troubles Anxieux et de la Dépression), en partenariat avec l'AFFEP, semble avoir entendu le cri des internes. En effet, cette association a eu la bonne idée d'organiser un « masterclass » dont la thématique était « Formation à la prévention des récurrences dépressives par la psychopharmacologie et les techniques de Mindfulness ». Organisée sur une journée et destinée aux jeunes psychiatres (internes et CCA), cette formation a mis l'accent, pour mon plus grand bonheur, sur l'aspect pratique avec notamment une initiation à la Mindfulness nous permettant



d'expérimenter cette thérapeutique. Et, cerise sur le gâteau, cette journée gratuite donnait également accès au congrès de l'AFTAD !

Je tiens à remercier chaleureusement l'AFTAD, et tout particulièrement David Gourion, Antoine Pelissolo, Christophe André, Christine Mirabel-Sarron et Stéphanie Orain-Pelissolo, pour cette initiative qui, je l'espère, se renouvellera et inspirera d'autres sociétés savantes.

Mathieu LEMAIRE,
interne de psychiatrie à Tours



Haiti sous les décombres

Chroniques caribéennes d'une interne en psychiatrie

Interne à Paris, Marie-Aude a effectué quelques mois durant, une mission au décours du séisme haïtien du 12 janvier 2010. Inscrite au sein d'un programme de santé mentale de Médecins Sans Frontière (MSF), elle nous retrace brièvement la richesse de cette expérience.

AFFEP : Peux-tu décrire où tu as effectué ta mission ?

Marie-Aude : Le programme se déployait sur 4 sites différents, au cœur de Port-au-Prince, et dans ses environs. L'hôpital principal se dotait de près de 80 lits (urgences, traumatisme, grands brûlés, moyen séjour), auquel étaient adjoints 80 lits de rééducation fonctionnelle. La prise en charge concernait initialement les victimes directes du séisme. Mais rapidement se sont greffés les dommages liés à la désorganisation consécutive, la catastrophe survenant dans un pays gangréné par de nombreuses plaies. Trois centres ambulatoires de santé primaire étaient articulés aux structures hospitalières, où se superposaient des plaintes d'allure bénignes, à des prises en charge plus lourdes ; toutes traduisant une souffrance profonde.

AFFEP : En quoi consistait ton travail ?

M-A : La mission se déclinait sur différents registres. Le travail clinique d'abord, associait des consultations ambulatoires du « tout-venant », à la gestion des quelques urgences hospitalières : traumatismes post-séisme (tout âge), et/ou en écho à des traumatismes plus anciens (cyclones, répressions politiques, violence des gangs, viols...), deuils et dépressions, états psychotiques (éclosion, décompensation liée au séisme, post-partum, ou relais intermittent dans la chronicité) ou « crises » plus difficiles à caractériser, quelques tentatives de suicide, etc. Les consultations n'auraient pu se faire sans la finesse des traductions et médiations culturelles d'une Haïtienne. De même que l'activité clinique se réalisait au sein d'une équipe composée de 13 psychologues haïtiens (et un expatrié), d'une éducatrice spécialisée, d'une secrétaire. Sauf urgence ou situation extrêmement grave, les patients consultaient en premier lieu un psychologue. L'adressage au psychiatre ne se faisait qu'en seconde intention, et la plupart du temps se mettait en place une prise en charge bifocale, assurant

un soin relationnel plus riche et permettant la continuité des prises en charge au départ du psychiatre expatrié. La rareté des ressources humaines psychiatriques explique ce dispositif.

Un volet complémentaire du travail était celui du soutien et de l'articulation du travail des professionnels haïtiens : organisation de structures logistiques et « Ressources humaines » autonomes afin d'assurer la continuité du projet (lien avec la direction, recrutement d'un « assistant social »,...), développement et valorisation de la diversification de l'offre thérapeutique (groupes, médiations manuelles, artistiques, corporelles type « relaxation », « hypnose »...), travail institutionnel pour favoriser l'émergence d'un « moi groupal », notamment lors de la réunion clinique hebdomadaire, facilitation de l'accès aux formations permanentes, modalités de supervisions à favoriser... De même que le rôle du psychiatre expatrié est d'explicitier aux chefs responsables hiérarchiques de la mission la teneur du projet et la pertinence du soin, de rendre un compte-rendu quantitatif d'activité mensuel, de retranscrire les problèmes rencontrés, etc. Le volet « communication » était aussi à présenter avec prudence (presse locale, nationale et étrangère). La coordination avec les autres unités MSF (Belgique, Hollande, Espagne...), ou avec d'autres organisations telles que l'OMS étaient organisées régulièrement.

AFFEP : Avas-tu de l'aide, des directives spéciales pour tes prises en charge ?

M-A : De fait, la confiance de la responsable en santé mentale à Paris a été totale et rapide. Elle m'a indiqué l'historique et la finalité du projet, le « profil de poste », ainsi que quelques recommandations au départ, en me laissant aviser sur place, et soutenant mes initiatives. Une



passation d'un bon mois sur le terrain, par une psychiatre très expérimentée, m'a permis d'intégrer confortablement et progressivement les prises en charge et de compenser au moins partiellement l'absence d'expérience. Avec le recul, je peux dire que la confiance des responsables hiérarchiques sur le terrain était grande, même si certaines incompréhensions mutuelles venaient parfois se glisser dans nos échanges : historiquement, MSF est une association d'urgentiste. Ses 40 ans d'expérience ont permis de structurer un savoir-faire, des protocoles, bref, une organisation très opérationnelle dans des contextes où la rapidité et l'efficacité de l'intervention priment. Sont donc mises en avant des procédures privilégiant l'intervention, qui va de pair avec une certaine hiérarchie, pour ne pas disperser l'action. Si les années ont affiné et complexifié les manières de faire, l'empreinte de la vocation principale de MSF rejaillit bien sûr aussi sur la manière d'aborder la santé mentale. De fait au cœur du soin psychique, la logique un peu plus « en creux », dans l'« attente », l'« écoute » et l'« accompagnement » des ressources intrapsychiques, ou une temporalité différente, donnaient parfois lieu à quelques échanges un peu ombrageux, voire certaines logiques incompatibles. Grossièrement, je pourrais dire que parfois, les attentes « quantitatives » des chiffres de file active de patients, opacifiaient voire annulaient l'épaisseur et la finesse de la « qualité » des prises en charge, aux yeux de la direction. Mais je pense que ce problème dépasse de loin les frontières de cette intervention ! Néanmoins, un des grands échecs pour ma part, est de n'avoir eu le recul et l'expérience suffisante, pour trouver un langage, des catégories explicitant à des interlocuteurs « non-psy » la richesse et la pertinence du projet engagé, sans en réduire complètement le contenu ; ceci assurant la pérennité des moyens alloués au projet de santé mentale...

AFEP : Quel était ton quotidien ?

M-A : Les horaires de travail clinique s'étaient entre 7h et 17h30, bornés par le couvre-feu le soir, pour s'assurer des consignes de sécurité ; ½ heure à 1 heure pour le repas de midi, le dimanche pour récupérer, de même que le soir. Mais c'est aussi sur ces temps de repos que

se construisaient les coulisses du projet (administration, chiffres, compte-rendu, préparations de formations théoriques, logistiques, etc.). Ces aménagements sont élastiques en fonction de la phase du projet, du terrain et de l'investissement que l'on met dans le projet.

Les logements MSF se font dans des « maisons » collectives pour expatriés, avec cuisinière et lessive faite. Passée la phase d'urgence, les responsables essaient de s'assurer que chacun ait un espace individuel, selon les possibilités du terrain. Dans tous les cas, ce mode de vie tente d'instaurer un prolongement relatif du mode de vie familial des pays d'origine des expat, avec un parti pris pragmatique : en facilitant le cadre, le travail est plus efficace, plus rapidement. Il est évident que le contraste énorme pour la plupart avec les conditions de vie des habitants n'est pas sans générer des disparités, des incompréhensions mutuelles et de fortes tensions de part et d'autre. Le staff national regardant parfois avec envie, indignation, colère... ces étrangers qui jouissent d'un style de vie bien plus élevé que le leur, qui consomment leurs biens, qui occupent des postes de direction (à l'expat est confiée généralement la responsabilité de l'encadrement, même si son jeune âge ou son manque d'expérience ne légitime pas un tel poste).

Mais d'un autre côté, les motivations des expatriés sont le plus souvent animées d'intentions généreuses, au moins partiellement, au moins au début. De même que le déracinement culturel n'est pas un mythe... D'autant que la plupart des expatriés ont éprouvé d'autres missions auparavant, que le style de vie conditionne à un certain regard, implique certaines défenses psychiques pour survivre. Par ailleurs, la fonction d'encadrement soumet à des tensions cornéliennes : avec d'un côté l'évidence de l'empathie, de la compréhension des difficultés du staff national, du temps pour « panser » et soulager les plaies du séisme ; et de l'autre côté, l'urgence de reconstruire, la nécessité d'une certaine exigence dans le travail. Et les disparités de conditions de vie renforcent les strates d'incompréhension. Car il est d'autant plus facile d'exiger une qualité, la quantité d'un investissement dans le travail, lorsque son quotidien est assuré (logement, sécurité,



nourriture), et que la durée de la mission s'échelonne sur une durée courte (quelques mois). A l'inverse d'un staff national qui s'inscrit dans une temporalité longue et doit faire face aux répercussions douloureuses du séisme (pertes humaines, matérielles, sociales...), et le harcèlement quotidien que cela génère (tel l'exemple des pluies diluviennes et menaces de cyclones qui s'abattent presque chaque soir l'été).

De même que dans les manières de vivre, de parler, de penser, d'organiser le travail, l'expatrié peut prolonger à son insu des relations de pouvoir et de domination, en imposant ses vues, là où la place de l'autre n'a pas d'espace pour se déployer. En santé mentale haïtienne par exemple, le contexte de survie, d'insécurité, le background historique, la densité du réseau socioculturel et religieux, la proximité géographique des États-Unis, etc., creusent des attentes vis-à-vis du soin différentes des configurations psychiques et relationnelles induites par un patient Occidental. Le patient sera rassuré d'abord par la capacité du thérapeute à apporter des réponses concrètes à ses problèmes ; ce qui implique que la frontière entre les espaces de prise en charge sociale et psychique est bien plus mince ; et qu'il est nécessaire de parfois s'y prêter pour tisser une première alliance, là où l'intuition tendrait à séparer les deux espaces pour ne pas en vicier la substance. De même que le caractère directif du praticien est parfois mieux perçu par le patient, comme compétence du praticien à répondre à sa souffrance, ou fait peut-être écho à certaines autres configurations relationnelles de secteurs de soin plus traditionnels (docteurs « fey », prêtres « hougans », etc.) ; là-bas, les thérapies cognitives et comportementales occupent aujourd'hui une place de choix dans la formation des psychologues. De même, la place de la famille dans la prise en charge est centrale ; ainsi, la notion de secret médical, la possibilité d'entretiens individuels s'en trouve modifiée. La place de la famille si elle est évincée, risque de causer de nombreux dommages, malgré la nécessité de donner une place de confiance et de secret pour le patient... etc...

AFFEP : Comment as-tu vécu ta mission ?

M-A : Si le travail s'est avéré dense et lourd de

questionnements et remises en question, il s'est surtout révélé d'une grande richesse. Les décalages et ouvertures auxquels il m'a conduite résonnent encore très fortement aujourd'hui, et dans l'avenir je pense. Le codage culturel en santé mentale est une coordonnée relativement admise aujourd'hui. Mais une expérience de ce type permet d'en prendre la mesure, de situer les niveaux dans lesquels elle s'inscrit (évitant un plaquage grossier), d'appréhender comment le contenant culturel s'intègre de manière beaucoup plus globale et complexe dans la structuration identitaire du sujet. De même que la configuration interculturelle des consultations, les échanges avec les collègues haïtiens autour des pratiques de soin et plus généralement l'organisation du travail (gestion de tout l'hôpital), ont rendu présent à mon esprit combien les relations de pouvoir et de domination risquent à chaque niveau de se glisser sans que l'on en ait conscience. Ou à l'inverse, certaines pratiques sont perçues comme telles, en réactivant des schémas de domination transmis par les générations précédentes. Par exemple, on a pris l'habitude en occident de faire appel à des questionnaires d'évaluation, à des guides de procédures de travail et conduites à tenir, des logiques de raisonnement parfois très quantitatives. Ce qui infiltre la manière de percevoir la souffrance et configure la place qu'on laisse au patient pour l'exprimer est élaboré avec prudence et est valable au sein d'une culture. Imposés dans une autre culture, ils peuvent se révéler d'une grande violence, lorsque le mode d'appréhension du travail, de la maladie, du soin, et in fine, de l'Homme, sont différents. Des tensions palpables, explosives à certains moments, émergent dans ces confrontations sur le terrain.

AFFEP : Quelle était la teneur clinique des prises en charge ?

M-A : La plupart des tableaux cliniques étaient liés au séisme, avec plus ou moins d'écho, mais dont le caractère souterrain s'enfouissait au fil des semaines, pour n'en faire apparaître que quelques signes. Ainsi les stigmates classiques de type « reviviscences », « hyper-vigilance » s'atténuaient, à mesure qu'apparaissaient des difficultés de concentration, de mémoire, une perte



de compétences professionnelles, la chute de résultats scolaires ou encore des troubles de la libido. De même que nombre de tableaux étaient liés aux conséquences dramatiques dans lesquelles vivaient plus d'1 million d'Haïtiens dans les camps (promiscuité, majoration des violences et agressions sexuelles, etc.). L'autre pan dramatique de la catastrophe concerne bien sûr l'accompagnement des deuils, dans un contexte où la nécessité de survie restreint fortement les espaces de sérénité et d'apaisement... Tout un chemin d'acceptation de la perte : d'un proche, mais aussi amputation d'un membre, perte d'un statut, d'un travail, de biens... L'urgence de faire face aux contingences du quotidien (nourriture, logement, enfants) entretient effectivement une force de vie fascinante et surprenante pour l'observateur occidental. Mais elle se montre peu propice à l'élaboration des plaies. De même que l'atmosphère d'insécurité dans certains quartiers, la promiscuité dans les camps, etc., génèrent un environnement de harcèlement permanent, entravant la recréation d'une continuité psychique interne. C'était là l'une des missions principales des consultations, quelle que soit la forme sous laquelle se présentait la souffrance : recréer un espace de sécurité interne pour les patients, pour permettre la mobilisation de ressources internes bien présentes, mais enfouies. Car après, les conditions de vie, les éléments structurants leur identité, les ressorts sociaux et culturels sur lesquels chacun s'appuyait pour tenir, se trouvaient bien sûr loin des considérations qui m'étaient propres. Il semble impossible de se familiariser en quelques mois à la culture vaudou et haïtienne plus généralement. Mais l'accompagnement des prises en charge par un traducteur est précieux pour cela, afin de prévenir des erreurs. Se contenter de suivre et de soutenir la reconstruction des piliers internes à chacun, avec humilité, dans le respect de la subjectivité. Car ce type de prise en charge induit inéluctablement un investissement émotionnel fort, une identification massive au vécu de chaque patient. Le décalage des conditions de vie, l'horreur de certaines situations (viols, violence, précarité extrême), le manque de structure pour soutenir la détresse sont vécus avec intensité. D'autant plus que le décalage culturel, l'éloignement, la part d'inconnu

et la fatigue liée au travail amplifient les éprouvés. Et la nécessité de rester « thérapeutique » n'a eu de cesse de m'obliger à bien discerner dans les histoires ce qui vient du patient, de la résonance affective générée en soi et des éprouvés « contre-transférentiels ». Cependant, la place de l'équipe haïtienne et des collègues expatriés a été cruciale pour tenir le cap thérapeutique. De même que sont mis à disposition des psychotropes, qui sont d'un recours précieux s'ils sont utilisés à bon escient, en tenant compte des attentes et représentations que les Haïtiens s'en font, du devenir des prescriptions.

AFFEP : Quelles ont été tes démarches pour partir en mission ?

M-A : La première étape est d'assister à l'une des réunions de présentation de l'association, puis de remplir le formulaire présent sur le site. Parallèlement, la responsable « psy », Frédérique DROGOUL, est très accessible, pour des rencontres, afin d'envisager un projet, qui peut même s'anticiper sur plusieurs mois ou années, en fonction du degré de maturité dans l'internat. Le choix du pays de destination est déterminé selon les besoins; en revanche, l'on est questionné sur les niveaux de sécurité (conflits armés, risque de catastrophe naturelle) et le degré d'aisance quant au maniement de l'anglais. La question d'un semestre validant à l'étranger n'était pas d'actualité lorsque je suis partie ; mais son ouverture est peut-être un des débats à mener.

**Interview de Marie-Aude PIOT, assistante à Paris
par Elodie DEL VALLE, référente AFFEP d'Angers**

Agenda

Agenda des prochains congrès et colloques

10^{ème} Congrès de l'Encéphale

Les 18, 19 et 20 janvier 2012, au Palais des Congrès à Paris

Tarif : gratuit pour les membres de l'AFFEP uniquement (adhésion : voir affep.fr)

10^e
CONGRES
de
L'ENCEPHALE

Congrès de l'European Psychiatric Association

Du 3 au 6 mars 2012, à Prague, en République Tchèque.

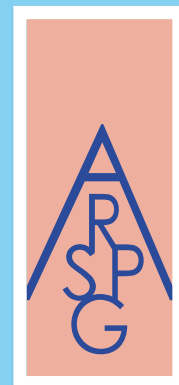
Plus d'informations sur <http://www.epa-congress.org/>



10ème Congrès International de l'Association de Recherche et de Soutien de Soins en Psychiatrie Générale

Du 27 au 30 mars 2012, aux Salons de l'Aveyron à Paris

<http://www.arspg.org/>



Journée de l'Interne

Le 30 mars, à Sainte-Anne à Paris

Tarif : gratuit



Toutes les informations sur les congrès et colloques sur

www.affep.fr

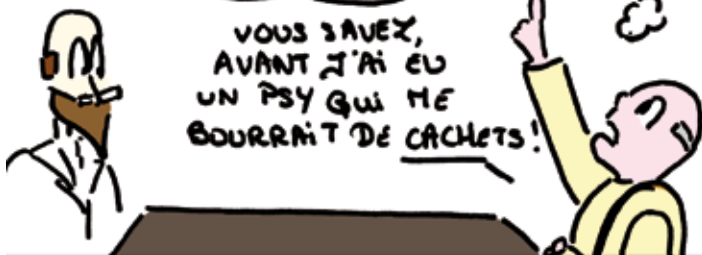


ÇA VA DÉJÀ FAIRE
UN AN QUE JE
VOUS SUIS!

OUI,
ET J'EN
SUIS TRÈS
CONTENT!



VOUS SAVEZ,
AVANT J'AI EU
UN PSY QUI ME
BOURRAIT DE CACHETS!



UN AUTRE
QUI ME PSYCHOTÉRAPIAIT
SANS JAMAIS RIEN
RÉBOUDRE...



MAIS AVEC VOUS
C'EST BIEN MEILLEUR!

AH OUI?



BAH OUI,
PARCE QUE VOUS,
VOUS NE FAITES
RIEN DU TOUT!



Les annonces de RECRUTEMENT

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.

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

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.



LE CHM RECRUTE :

- 1 Pédopsychiatre avec possibilité de chefferie
- 1 Psychiatre

Contacts :

Monsieur Francis FARANT – Directeur du Centre Hospitalier de Monteran - francis.farant@ch-monteran.fr - 0590 80 52 00 / 0590 80 52 01
Docteur Vincent FOURNEL – Président de la Commission Médicale d'Etablissement - vincent.fournel@ch-monteran.fr - 0590 80 52 64 / 0690 61 05 64



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 | C H S I | 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 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

La Fondation Bon Sauveur d'Alby



Recrute à Temps Plein au sein d'une équipe de 50 ETP

3 POSTES DE MÉDECIN PSYCHIATRE

- Contrat à durée indéterminée
- Convention Collective du 31/10/51
- Diversité des services :
Psychiatrie Adulte (services ouverts, fermés et semi contenant, extra-hospitalier)

Envoyer lettre de motivation et CV à : Monsieur le Directeur des Etablissements
Fondation Bon Sauveur d'Alby - 1, rue Lavazière - 81 025 ALBI
ou drh@bonsauveuralby.fr - Secrétariat de Direction : 05-63-48-48-00

Contact : <http://www.bonsauveuralby.fr>



Le Centre Hospitalier Départemental de Castelluccio



recrute

Assistants Spécialistes ou Praticiens Hospitaliers de Psychiatrie

- Possibilité de logement sur place (du studio au T3)
- Crèche hospitalière
- Groupe scolaire (maternelle et primaire) mitoyen

Venez
rejoindre nos équipes
(16 psychiatres en poste
actuellement pour 3
secteurs)



Candidatures à : Monsieur le Directeur - C.H.D. de Castelluccio - B.P. 85 - 20176 Ajaccio Cedex
Site internet : www.castelluccio.fr ([rubrique nous écrire](#)) - Téléphone : 04 95 29 36 10

Le Centre Hospitalier Le VINATIER

RECRUTE 3 Assistants Spécialistes en psychiatrie pour : (Postes actuellement vacants)

Plus grand établissement de
santé mentale de LYON
10 pôles de psychiatrie
Plusieurs services hospitalo-
universitaires
Plusieurs équipes de
recherche
UHSA, UMD, UMA, etc...

- Le Département de l'Autisme et des Psychoses d'Evolution Longue de l'Adulte
- Le Pôle de psychiatrie du sujet âgé
- Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile

Personne à contacter :
Françoise LORCA, Directeur des Affaires Médicales
francoise.lorca@ch-le-vinatier.fr



GROUPE PUBLIC DE SANTE
PERRAY VAUCLUSE

Recherche Psychiatre

Praticien attaché à 3 demi-journées hebdomadaires

Affectation à l'EHPAD au sein du pôle médico-social de l'établissement

L'EHPAD compte 96 lits et est situé à Epinay sur Orge.

Le psychiatre aura pour mission le suivi des résidents en collaboration avec un autre psychiatre et 3 médecins généralistes

Contact : Docteur Jean WALKER, Médecin coordonnateur
GROUPE PUBLIC DE SANTE PERRAY-VAUCLUSE
E.H.P.A.D. BP 13 - 91 360 EPINAY SUR ORGE
Tél. 01 69 25 43 71 - Email secretariat-mr@gpspv.fr



Association l'Élan Retrouvé

Etablissements spécialisés en santé mentale (adultes et adolescents) participant au service public hospitalier recrute pour ses établissements situés en Ile de France

RECHERCHE

1 MEDECIN PSYCHIATRE CHEF DE SERVICE

Soit 1 temps plein en psychiatrie infanto juvénile partagé sur 2 établissements à ANTONY (92) et à Fontenay aux Roses (92)

C.D.I. - C.C.N. 51

Possibilité de détachement pour un praticien hospitalier

Renseignements sur le poste : M. le Dr HABIB, médecin directeur au 01 49 70 88 58

Merci d'adresser votre lettre de candidature et CV à M. GIRAULT, président de l'association l'Élan Retrouvé 23, rue de la Rochefoucauld - 75009 PARIS
E mail : candidatures@elan-retrouve.asso.fr.

LE CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE MARNE (52) à St Dizier

30.000 habitants, à 20 km du lac du Der, à 100 km de Nancy (54) et de Reims (51) et à 2 heures de train de Paris (TGV).
625 lits et places, dont 480 lits et places de psychiatrie, 850 agents dont 30 psychiatres recherche :

TROIS PSYCHIATRES HOSPITALIERS OU CONTRACTUELS

- 1 poste - pôle de psychiatrie intersectoriel adultes sur le site de St Dizier (30 800 habitants)
- 1 poste - pôle de psychiatrie générale sur le site de St Dizier
- 1 poste - pôle de prise en charge des enfants et des adolescents site de Chaumont (25 977 habitants)

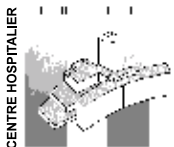
→Participation aux astreintes, contrat temps additionnel - Coursus de formation possible - Possibilité de logement

Contacts : D.R.H 03.25.56.83.66 - co.grenier@chhm.fr - Le président CME 03.25.02.60.00

Candidatures à adresser à : Monsieur le directeur - BP 142 - 52108 SAINT-DIZIER CEDEX



LE CENTRE HOSPITALIER DE TULLE (CORREZE)



secteur M.C.O, psychiatrie et gériatrie
Plateau technique moderne

Cadre de vie attractif - Accès routier facile : autoroutes A 89 et A 20

RECRUTE UN PRATICIEN

POUR SON SERVICE DE PSYCHIATRIE

(Praticien hospitalier ou praticien contractuel avec possibilité d'évolution rapide vers un statut de PH)

Vous intégrez une équipe composée de :

- deux psychiatres, praticiens hospitaliers temps plein;
- un assistant spécialiste temps plein ;
- un praticien hospitalier à temps partiel en médecine générale

Pour tout renseignement, contacter :

Monsieur DOLLET - directeur par intérim - tél. : 05 55 29 80 13- affairesmedicales@ch-tulle.fr

Monsieur le docteur BALESTE - chef de pôle tél. : 05 55 29 79 85-baleste@ch-tulle.fr

L'EPSM LILLE-MÉTROPOLE RECRUTE

Pour son Département d'Information et de Recherche Médicale

→ un médecin de santé publique

<http://www.epsm-lille-metropole.fr>

Pour le Secteur de psychiatrie générale 59 G 21 (Hellemmes Mons Ronchin)

→ un praticien psychiatre *Chef de Pôle : Dr Laurent DEFROMONT (Tél : 03.20.43.71.00)*

Pour le Secteur de psychiatrie infanto-juvénile 59 I 03 (Armentières Halluin Tourcoing)

→ un praticien psychiatre *Chef de Pôle : Dr Vincent GARCIN (Tél : 03.20.10.23.72)*

Pour tout renseignement, contactez :

- Dr Jean-Luc ROELANDT, Président de CME (Tél : 03.20.43.71.00)
- Mme Virginie VITTU, Affaires Médicales (Tél : 03.20.10.22.25) - vvittu@epsm-lille-metropole.fr



Adressez vos candidatures à :
Monsieur le Directeur
EPSM LILLE METROPOLE BP 10
59487 ARMENTIERES CEDEX

Clinique Médicale et Pédagogique « Les Cadrans Solaires »

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET READAPTATION DE 110 LITS ET PLACES

Situé à Vence (06), recevant des enfants et des adolescents en soins de suite médicalisés avec agrément nutrition et médecine physique et réadaptation.



► Participation au tableau de garde.
Possibilité de logement.

RECHERCHE au sein d'une équipe pluridisciplinaire comportant des médecins rééducateurs, pédiatres, endocrinologues, pneumologues et généralistes, de la psychiatrie de liaison dans les unités de soins et de la coordination des soins psychothérapeutiques en relation avec les psychologues :

MEDECIN PSYCHIATRE H/F en CDI

Prise en charge des patients en psychiatrie de liaison des unités de soins. Finalisation d'un projet médical de double prise en charge somato-psychiatrique pour les adolescents et jeunes adultes et contribution au projet de la future unité.

Rémunération brute mensuelle de base : 4 565,91 € + prime décentralisée 5% + reprise ancienneté et majoration spécifique selon modalité Convention Collective CCN51.

Candidature à adresser à : Direction des Cadrans Solaires - BP 39 - 11 Rte de St Paul - 06141 VENCE Cedex – direction.cadrans.solaires@fsef.net – Tel : 04 93 24 55 00

Le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin



recrute pour un poste

DE PSYCHIATRE OU DE PÉDOPSYCHIATRE

à titre contractuel pour remplacement de longue durée avec perspective de titularisation.

➔ **À TEMPS PLEIN**

Les candidatures avec CV sont à adresser à Monsieur Toussaint :
Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin
Spring Concordia - BP 381 - 97054 Saint-Martin Cedex
Tél : 05 90 52 26 02 - Mail:roland.toussaint@chSaintMartin.fr





GROUPE HOSPITALIER DE MONT DE MARSAN



PRÉSENTATION DE LA VILLE :

La ville de Mont-de-Marsan surnommée « la Ville aux Trois Rivières » fût fondé au XIIème siècle, la richesse de son histoire lui a légué un important patrimoine culturel. Distant d'un peu plus d'une heure de route des plages de l'océan Atlantique et de l'Espagne, la ville se situe aux portes de la forêt des Landes, le plus grand massif forestier d'Europe occidentale.

L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE SAINT-ANNE 1911-2011 un siècle d'histoire.

L'établissement a ouvert en 19112 sur le site qu'il occupe toujours actuellement. Aujourd'hui Sainte-Anne compte 200 lits d'hospitalisation et 138 places à temps partiel. En 2010, ont été comptabilisées 10 254 entrées, auxquelles il faut ajouter les consultations externes et les hospitalisations de jour. Quatre lits sont réservés à la prise en charge des adolescents et six à celle des patients adressés par le centre pénitentiaire. Une unité de court séjour accueille les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Le centre Hospitalier de MONT DE MARSAN propose une offre de soins de psychiatrie complète et diversifiée. Cette offre de soins se compose de 9 unités d'hospitalisation à temps complet pour adultes et adolescents, ainsi que d'un réseau territorial de structures alternatives à l'hospitalisation sectorielles et intersectorielles.

En termes de pathologie, les raisons de l'hospitalisation vont de la dépression au handicap mental grave en passant évidemment par les névroses et les états confusionnels. Les psychoses restent les plus répandues.

NOUS RECRUTONS 1 PSYCHIATRE

POUR COMPLÉTER NOS ÉQUIPES MÉDICALES

Les profils recherchés sont :

- ▶ Expérience et formation en gérontopsychiatrie
- ▶ ET/OU expérience et formation en addictologie
- ▶ ET/OU intéressé par des missions en UCSA (centre pénitentiaire de 690 places CD + MA)

• Madame BUJON PINARD, Chef du pôle de psychiatrie, 05 58 05 12 60
patricia.bujon-pinard@ch-mt-marsan.fr,

• Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires générales, 05 58 05 10 20
aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr

• et affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr



centre hospitalier
Mont de Marsan



LE CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE LA CANDELIE (AGEN)

Etablissement Public Spécialisé en Santé Mentale

Région Aquitaine, à 130 km de Bordeaux
et 110 km de TOULOUSE

RECHERCHE POUR SES SERVICES DE PSYCHIATRIE ET DE PEDO-PSYCHIATRIE

UN PRATICIEN HOSPITALIER

TEMPS PLEIN PSYCHIATRE OU GENERALISTE

Inscrit à l'ordre des médecins
Recrutement en qualité de Praticien Contractuel
(4ème échelon + 10%)

Les dossiers de candidatures accompagnés d'un C.V. devront être adressés à :
Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier Départemental de La Candélie
47916 AGEN CEDEX 9



L' Association Recherche Handicap et santé Mentale (A.R.H.M)



Composée d'une quinzaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux, l' Association Recherche Handicap et santé Mentale (A.R.H.M) œuvre dans le domaine de la santé mentale, du handicap et des personnes âgées.

Forte d'un effectif d'environ 1350 équivalents temps plein et un CA de 100 M€ en 2010, elle compte notamment en son sein le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu, spécialisé en psychiatrie.

Renseignement :

Pour tout renseignement complémentaire, merci de bien vouloir contacter :

le Dr Patrick BRIANT au 04.37.90.12.55 (Hôpital Saint Jean de Dieu)

et/ou Mme MATEO au 04.72.40.97.51 (Association LYADE).

Candidatures à adresser (CV + LM) sous la référence 2011-174 à l'attention de :
Monsieur MARESCAUX, Directeur Général,
290 Route de Vienne - BP 8252 - 69355 LYON
CEDEX 08,

ou par email à : recrutement@arhm.fr

L'A.R.H.M recrute pour ELSA (Equipe de liaison et de soins en addictologie – Hôpital Saint Jean de Dieu) et Association LYADE (Centre de soin et d'accompagnement et de prévention en addictologie) un(e) :

Médecin Psychiatre - Addictologue (H/F) CDI, temps complet (50% ELSA ; 50 % LYADE)

Description du poste :

- Pour LYADE :

Suivi des patients toutes addictions sur le centre de Vénissieux et alcoolologie sur Lyon 3 dans le cadre d'un accompagnement médico-psycho-social.

- Pour ELSA :

Dépistage des usages problématiques

Consultations, orientations, conseils vers le soin des patients

Formation, soutien des équipes de soins

Participation à la prévention

Valorisation du travail déjà fait et lien avec les structures spécialisées en place pour fiabiliser les parcours de soins, 1er critère d'évaluation efficacité de l'adressage.

Le médecin psychiatre addictologue devra piloter une petite unité dont l'ambition est de fédérer les acteurs et les actions de ces comorbidités vers une unité de niveau 2.

Pré-requis spécifiques :

- Doctorat en médecine et DES/CES de psychiatrie validé.
- Expérience en addictologie
- Poste à pourvoir en Janvier 2012, à LYON (69)



Etablissement Privé non lucratif - Certifié V2010



Sur un bassin de population de 508 000 habitants :

- 1 CHS (de 1074 lits et places autorisés) couvrant le département de la Haute-Saône (70), le pays de Montbéliard (25) et le Territoire de Belfort (90), composé de 10 secteurs et intersecteurs
- 8 établissements médico-sociaux en filière de la psychiatrie

Recrute

PSYCHIATRES ou PSYCHIATRES DES HÔPITAUX

POUR SES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Site de Montbéliard

2 postes temps plein / 2 postes temps partiel

Site de Bavilliers

1 poste temps plein

Site d'Héricourt

1 poste temps plein

Site de Saint-Rémy

2 postes temps plein

POUR SES INTERSECTEURS DE PSYCHIATRIE

INFANTO-JUVÉNILE

Site de Montbéliard

3 postes temps plein

Site de Vesoul

2 postes temps plein

Conditions statutaires :

- CCN51 (FEHAP) sous CDI
- Praticien Hospitalier en détachement avec divers avantages salariaux

POSTES DISPONIBLES À POURVOIR DÈS À PRÉSENT

Envoyer lettre + CV à : AHFC - Bureau des Affaires Médicales
CHS de Saint-Rémy et Nord Franche-Comté - 70160 SAINT-REMY
Tél : 03.84.97.24.14 - Fax : 03.84.68.25.09 - sylvie.lemarquis@ahfc.fr

(www.ahfc.asso.fr)



Macéo éditions

**ÉDITEUR
ET RÉGIE
PUBLICITAIRE**

PARTENAIRE DE
L'AFFEP

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

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