

Le Psy **Déchaîné**

Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie | N°6 - Avril 2012



SOMMAIRE



■	Edito : Un numéro spécial « point d'interrogation » ??? Mais pourquoi donc ???	01
■	La théorie de « l'interne modèle »	02
■	De la relation que le médecin entretient avec la parole de son patient	06
■	L'injonction de soins en France : rappel du cadre législatif et état des lieux 14 ans après la publication de la loi de 1998	10
■	Le packing de l'humain, du soin, de la rencontre	12
■	A la découverte de la psychiatrie japonaise	16
■	Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados	18
■	La Présipauté de Daumézou	20
■	Annonces de recrutement	23
■	Bureau de l'AFFEP, année 2012-2013	29

ÉDITO

Un numéro spécial « point d'interrogation » ??? Mais pourquoi donc ???

Samedi 17 mars 2012

Pour beaucoup d'entre nous il s'agit de notre dernière réunion de bureau. Et oui, les élections et le renouvellement du bureau approchent, il est temps de passer la main.

Un rapide retour sur nos années à l'AFFEP, avec leurs bons et leurs mauvais souvenirs, les moments amusants, loufoques, énervants, déprimants, réussis, ratés ; les fous rires, les prises de becs, les ras-le-bol, les « bien joué » et autres « eureka ». Bref, l'occasion de regarder avec un peu de recul notre travail commun et notre fonctionnement groupal.

Une remarque exprimée par certains attire notre attention : « une gouvernance obsessionnelle ». Après un moment de désarroi, cette remarque n'est pas totalement fautive, il faut l'avouer. Une présidente et une vice-présidente rigoureuses, exigeantes, pointilleuses, qui aiment bien contrôler et vérifier... et qui relisent avec une telle concentration les maquettes du Psy Déchainé qu'elles y découvrent des erreurs que les autres relecteurs n'avaient toujours pas remarquées à la 3ème ou 4ème relecture.

Alors cette « gouvernance obsessionnelle » : était-ce nécessaire, indispensable, constructif, stimulant, utile ? Ou bien était-ce pesant, inhibant, contrariant, gênant, fatigant ? Certainement un peu de tout cela à la fois, mais une chose est sûre, nous savons toutes les deux que nous n'aurions pas su faire autrement ! Peut-être d'ailleurs que de nombreux projets n'auraient jamais abouti sans nos chers traits obsessionnels... et nos surmois tyranniques à leurs heures.

Présidente :

Aude VAN EFFENTERRE, avaneff@gmail.com

Vice-présidente :

Marion AZOULAY, marion.azoulay13@gmail.com

Secrétaire :

Malaïka LASFAR, malaikalasfar@yahoo.fr

Trésorière :

Aurélien 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

Ont participé à ce journal :

Jordan SIBEONI, Interne en Psychiatrie à Paris.

Benjamin LEVY, Interne en Psychiatrie à Amiens.

Nadia ZOUITINA, Interne en Psychiatrie à Lille.

Sarah GATIGNOL, Interne en Psychiatrie à Lille.

Marion HENDRICKX, Médecin Psychiatre, ancien interne des hôpitaux de Lille.

Marion COIFFARD, Interne en Psychiatrie à Tours.

Delphine HOCHART, Interne en Psychiatrie à Lille

Régie publicitaire :

Macéo édition, M. TABTAB, Directeur

Tél : 01 53 09 90 05 - 11, bd Ornano - 75018 Paris

maceoeditions@gmail.com

Imprimé à 2450 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.

Dimanche 18 mars 2012

Un mail de nos éditeurs qui nous informent qu'ils attendent toujours nos articles pour le numéro d'avril. Le numéro d'avril ? Quel numéro d'avril ?! Il n'a jamais été question de préparer un numéro pour le mois d'avril !!!

Et si ! Acte manqué direz-vous ? Peut-être ! Quoiqu'il en soit, il était en effet question d'un numéro pour le printemps.

Mince un quiproquo, des annonceurs qui souhaitent vendre leurs annonces, des éditeurs qui souhaitent sortir un numéro, et un bureau qui est déjà lancé dans beaucoup trop de projets pour souhaiter publier un numéro en urgence...

« Gouvernance obsessionnelle » ? Pas tant que ça apparemment...

Lundi 19 mars 2012

Et pourquoi pas un numéro spécial qui serait écrit entièrement par les internes, un numéro spécial sans aucune sélection d'articles, sans aucune relecture de notre part, sans aucune ligne éditoriale, un numéro d'expression libre tout simplement ?

Mais cela sous-entend que nous n'aurions aucun regard sur ce qui sera écrit... ? Exactement !

Et oui, l'« AFFEP-thérapie » a du bon, nous mettons de côté nos exigences habituelles, nos envies de vérification, nos besoins de contrôle et proposons ce concept aux éditeurs, qui acceptent les règles du jeu.

Une seule crainte : que cela ne prenne pas, que les internes ne jouent pas le jeu, que le numéro soit vide ou ne comprenne qu'un ou deux articles, ce d'autant qu'il ne reste que 2 semaines !

Mardi 3 avril 2012

Le 7ème article vient d'arriver sur la boîte mail de l'AFFEP, permettant ainsi au Psy Déchainé du mois d'avril d'être publié. Soulagement...

Alors voilà, vous avez entre vos mains le premier Psy Déchainé écrit entièrement par des internes, sans aucun travail, ni aucune participation du bureau de l'AFFEP.

Nous n'avons aucune idée de ce qu'il y a dedans, et nous sommes donc obligées de nous dégager de toute responsabilité quant aux propos tenus dans ce numéro...

Nous n'avons aucune idée de ce qu'il y a dedans, et nous ne savons ni les thèmes choisis par les internes, ni les partis pris, ni la mise en page, ni même la quantité de fautes d'orthographe...

Nous n'avons aucune idée de ce qu'il y a dedans, mais en revanche, nous sommes plus que ravies de le découvrir en même temps que vous lorsqu'il arrivera dans nos boîtes aux lettres !

Nous n'avons aucune idée... En fait, il faut l'avouer, ce n'est pas tout à fait vrai... Il y a une information importante publiée dans ce numéro et que nous connaissons...

Quoi ???

Encore des points d'interrogation ????

Vendredi 30 mars 2012

Et oui, une date cruciale au milieu de tout cela : le 30 mars, jour du renouvellement du bureau de l'AFFEP.

Et voilà, c'est fait : nous avons passé la main dans une ambiance agréable, avec soulagement et satisfaction de voir que la relève est assurée et que le travail accompli va se poursuivre. **Nous avons donc l'honneur et le privilège de vous présenter le nouveau bureau de l'AFFEP !! Une équipe de 10 internes venant de 7 villes différentes, composée à la fois de personnes ayant travaillé avec nous et de nouvelles recrues. Nous leur souhaitons réussite collective, épanouissement personnel, échanges, partage, et espérons qu'ils apprécieront autant que nous cette belle expérience associative.**

Pour en savoir plus, rendez-vous en 3ème de couverture...

Mais... un dernier mot encore ! MERCI à tous ceux qui ont travaillé avec nous pendant ces années et qui nous ont accompagnées dans nos réflexions et actions visant à améliorer l'information et la formation des internes de psy. Un très grand merci aux anciens AFFEPiens pour leur précieux conseils, aux référents régionaux et inter-régionaux pour leur disponibilité et leur investissement, à nos associations partenaires pour les projets construits ensemble... et une spéciale dédicace à nos chers membres du bureau pour leur participation enthousiaste aux différents projets de l'AFFEP, pour leur fiabilité, pour le travail effectué ensemble, et pour tout ce que leurs personnalités variées et hautes en couleurs nous ont apporté.

Marion AZOULAY et Aude VAN EFFENTERRE
(anciennes vice-présidente et présidente de l'AFFEP)

NB : Mardi 10 avril 2012

Nos éditeurs nous contactent pour savoir s'ils peuvent réutiliser ce « concept » de numéro spécial et le proposer à d'autres associations et syndicats d'internes... Comme quoi...



A l'heure où se prépare une refonte et une homogénéisation de la maquette du DES de psychiatrie, il apparaît légitime d'entamer une véritable réflexion de fond autour de la question de la formation en générale, et de la formation en psychiatrie en particulier. De manière à structurer et à enrichir cette réflexion, nous proposons de développer à partir de la notion du « lecteur modèle » introduite par Umberto Eco¹, une théorie de « l'interne modèle ». Nous rappellerons les bases de cette théorie sémiotique afin d'en dégager les points essentiels qui nous permettront de construire notre théorie mais aussi les limites et les obstacles d'une telle stratégie.

Le « lecteur modèle »

De nombreux auteurs - sémiologues - se sont interrogés sur la place du lecteur dans un texte. Au « lecteur modèle » d'Umberto Eco, sur lequel nous allons tout particulièrement nous concentrer, on peut rapprocher les travaux d'Iser² (le lecteur implicite) ou encore ceux de Genette³. On pourrait tenter de résumer leur contribution en un aphorisme : **un texte qui n'est pas lu n'existe pas**. Autrement dit, tout texte est incomplet et appelle un lecteur pour le compléter, ou pour reprendre l'expression d'Umberto Eco pour « l'actualiser ».

En effet, dans son *Lector in fabula*¹, Umberto Eco explique que tout texte contient une partie implicite, non-manifeste, un « tissu de non-dit ». « Le texte est un tissu d'espaces blancs, d'interstices à remplir » et l'émetteur/l'auteur laisserait ces espaces vides à la fois pour une raison stylistique et esthétique. Il s'agirait donc d'éviter redondance et autre lourdeur de style mais aussi et surtout de laisser au destinataire/lecteur une ini-

tiative d'interprétations. L'auteur doit donc prévoir un lecteur partageant ses codes et suffisamment coopératif pour permettre « l'actualisation » du texte écrit : le « lecteur modèle » n'existe donc qu'en tant que *stratégie textuelle*.

Evidemment, une telle stratégie nécessite quelques postulats de départ tels que la coopération entière du lecteur ainsi que des connaissances lui permettant d'actualiser le texte dans le sens où l'entend l'auteur. Au « lecteur modèle » répond alors un « auteur modèle », que le lecteur doit construire à mesure de ses interprétations. Le « lecteur modèle » est donc un lecteur idéal qui réagirait exactement comme il le faut, ferait attention à tous les détails mais tomberait aussi nécessairement dans les pièges et les impasses prévus à cet effet dans le roman.

On en vient donc à s'interroger sur le degré de liberté d'interprétation du lecteur. Toujours dans ce même ouvrage, Umberto Eco distingue deux types de textes : ouvert et fermé. Un texte ouvert aurait autant de lec-

tures possibles que de lecteurs potentiels et permettrait une liberté interprétative totale. Ce type de texte prévoit un « lecteur modèle » capable de relever le défi de cette « aventure interprétative ». Un texte fermé suppose une actualisation entièrement fixée par le texte. Il s'adresse à un lecteur déjà défini, une cible précise, « à des enfants, des mélomanes, à des médecins, ... » et élimine toute transcendance des possibles ; à la fin « (...) ce qui est arrivé est arrivé et ce qui n'est pas arrivé n'a plus d'importance ». Mais, pour autant, ce n'est pas parce que l'auteur expose clairement ses intentions et définit avec grand soin son « lecteur modèle » qu'il évite le risque d'être mal lu. Car encore faut-il ne pas se tromper de cibles et connaître les compétences du lecteur, ce qu'Umberto Eco nomme son « encyclopédie ».

L'encyclopédie du lecteur se compose de scénarios communs et de scénarios intertextuels. Les premiers seraient issus du sens commun, de la vie quotidienne tandis que les seconds seraient à proprement

parlé une connaissance encyclopédique, c'est-à-dire à partir de la lecture d'autres textes. Comme l'écrit Umberto Eco « aucun texte n'est lu indépendamment de l'expérience que le lecteur a d'autres textes ». Plus encore, le lecteur peut même « sortir du texte », aller « chercher ailleurs » de quoi nourrir et construire « l'actualisation » du texte lu.

« L'interne modèle »

Peut-être que le « lecteur modèle » de cet article aura déjà très largement « actualisé » les « tissus de non-dits » dans ce qu'il vient de lire et aura dès lors anticipé les propos qui vont suivre. Il suffit en effet de substituer « formation » à « texte », « formateur » à « auteur » et bien sûr « interne » à « lecteur » pour obtenir les fondements d'une théorie de « l'interne modèle ».

Dans son livre, *Les histoires des toxicomanes récits et identités dans les addictions*⁴, Olivier Taieb s'inspirant d'Umberto Eco évoque la notion de « patient modèle », et écrit que « les modèles théoriques et cliniques mais aussi les dispositifs de soins doivent être « actualisés » par leur lecteur, c'est-à-dire leur patients ». Postulons alors que ce qui s'applique au lecteur et au patient peut tout aussi bien s'appliquer à l'interne, psychiatre

en devenir. La formation théorique et pratique en psychiatrie doit alors être considérée comme un livre « en attente » d'être lu par les internes.

Nous pouvons donc tenter de construire une théorie de « l'interne modèle » pour actualiser notre formation. En s'inspirant librement de la théorie d'Umberto Eco, on obtient cinq axes à notre théorie de « l'interne modèle » : La formation incomplète, coopération et stratégie, formation ouverte / formation fermée, l'encyclopédie de l'interne et enfin le « sortir du texte ».

La formation incomplète

L'aphorisme devient une lapalissade, *une formation qui n'est pas faite n'existe pas*. Pour exister, une formation a besoin de lecteurs, c'est-à-dire d'internes. Le système de l'ENC (examen national classant) permet d'éviter ou plutôt de contourner l'obstacle du recrutement en France mais cette difficulté est bien réelle dans nombres de nos pays voisins. Au-delà de la question du recrutement, une formation incomplète nécessite que l'interne qui constate les « espaces blancs » et les « non-dits » ait la possibilité de les « actualiser », c'est-à-dire qu'il puisse faire un retour - ou feedback - de sa formation mais aussi,

comme on va le voir, qu'il puisse bénéficier de cette fameuse « liberté interprétative ».

Coopération et stratégie

Qui enseigne commande mais qui enseigne sans stratégie commande mal. « L'interne modèle » est une stratégie de formation et, tout comme l'auteur dans son processus d'écriture ; le formateur doit se référer à cette stratégie pour penser au mieux le processus de formation. Il doit construire la formation pour un « interne modèle » qui va pouvoir, pas à pas, s'approprier les codes pour résoudre les intrigues de son futur métier. Cela suppose une formation pensée avant tout pour l'interne et donc en partie (la partie du lecteur) par l'interne lui-même. Il s'agit donc d'une co-construction. Les mêmes postulats sont nécessaires : l'interne doit être coopératif et avoir des compétences nécessaires *pour comprendre ce qu'il va lire*, et pour pouvoir aller dans le sens du formateur. Il s'agit aussi pour l'interne de penser la place du formateur et même de se construire un « formateur modèle », une théorie de l'esprit en quelque sorte. « L'interne modèle » serait donc un interne idéal qui ferait attention à tous les détails de la formation tout en sachant lire entre

1 - Umberto Eco, *Lector in fabula* : la cooperazione interpretativa nei testi narrativi (Milano : Bompiani, 1985).

2 - Wolfgang Iser, *The act of reading : a theory of aesthetic response* (Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1980).

3 - Gérard Genette, *Palimpsestes : la littérature au second degré* (Paris : Seuil, 1982).

4 - Olivier Taieb, « Les histoires des toxicomanes récits et identités dans les addictions » (Presses universitaires de France, 2010).

les lignes de celle-ci. Cela signifie aussi tomber dans les pièges et les impasses prévus à cet effet dans le roman de la formation... Inutile ici de rappeler la valeur de l'expérience de l'erreur et de l'échec comme gage d'une pratique psychiatrique de qualité.

L'archétype même de cette stratégie coopérative de co-construction se trouve dans la supervision où il s'agira presque d'écrire ensemble et de s'adapter mutuellement l'un à l'autre ; La supervision de l'interne devenant un processus de formation qui s'écrit à mesure qu'il se vit dans un rapport singulier où l'interne et le superviseur peuvent chacun devenir « le modèle » de l'autre.

Formation ouverte / formation fermée

Quel degré de liberté laisser à l'interne durant sa formation ? Un modèle de formation ouverte, c'est-à-dire où chaque interne pourrait interpréter les savoirs et savoir-faire à sa guise et se créer sa propre formation, paraît utopique. A contrario, un modèle de formation fermée et donc totalement fixée apparaît délétère autant pour l'interne-cible que pour l'avenir de notre profession.

D'ailleurs, encore faut-il définir la cible ? Alors même que rien n'est plus différent d'un interne en psychiatrie qu'un autre interne en psychiatrie. A cette difficulté, s'en ajoute une autre, celle de l'hétérogénéité des formateurs et des « chapelles » que va rencontrer l'interne sur son chemin. Car force est de constater qu'au syncrétisme couché sommairement sur le papier⁵, s'oppose parfois en stage un prosélytisme affiché. L'interne est alors un monothéiste changeant de Dieu tous les six mois. Il n'apprend pas, il apprend à croire, et il est d'ailleurs souvent maintenu dans l'illusion qu'il n'existe pas en psychiatrie de distinction entre théorie et théorie de la pratique⁶.

La réflexion devient alors nécessairement éthique et épistémologique pour que notre pauvre « interne modèle », cible de la formation fermée, ne se sente pas contraint à une profession de foi ou pire à une conversion forcée et ne soit pas non plus sacrifié sous l'autel de la tautologie. Il incombe au formateur la responsabilité d'accompagner l'interne vers sa propre interprétation et non de lui imposer la sienne ou de vouloir toutes les lui exposer.

A ce propos, on peut rappeler le travail de l'EFPT (European Federation of Psychiatry Trainees, la *fédération européenne des internes en psychiatrie*) en lien avec l'UEMS (l'Union Européenne de Médecins Spécialistes) à la création du *Competency Based Training*⁷. Ce CBT, déjà en place dans plusieurs pays européens dont le Royaume Uni, combine un log-book de toutes les compétences et connaissances à acquérir durant l'internat, avec des évaluations régulières sur des points précis. Il s'agit d'intégrer une évaluation des compétences de l'interne tout au long de son parcours, dans le souci d'une formation plus rigoureuse et personnalisée⁸. Le CBT propose une formation interactive dans laquelle l'interne devient acteur de ses apprentissages. Mais l'acteur ne peut dire que son texte et le texte en question (qui n'a d'ailleurs aucune prétention d'exhaustivité) est fermé et risque d'aboutir à une lecture univoque... L'interne devenant alors un produit d'école avec sans doute une tête bien pleine et bien faite mais comme l'écrit Bachelard⁹ « (...) Une tête bien faite est malheureusement une tête fermée. ».

Alors même que l'idée d'une formation de durée limitée suppose nécessairement une sélection dans les savoir et savoir-faire, le formateur doit à tout prix s'interroger sur ce qu'il souhaite transmettre à « l'interne modèle », c'est-à-dire aussi ce qu'il souhaite que l'interne découvre : quelles intrigues doivent être résolues avant la fin de l'internat ? Le but est-il un service minimum, d'obtenir un psychiatre « *primum non nocere* » ? Ou bien ces quatre années ont-elles pour objectif de faire naître chez l'interne une capacité à..., une aptitude pour... ?

L'encyclopédie de l'interne

« L'interne modèle » est-il un lecteur empirique découvrant un nouvel objet. Ou bien est-il capable de la rigueur (ou du clivage) qui consiste, tel un ethnographe, à appréhender son internat en laissant de côté sa culture, ses connaissances générales, son histoire, son sens commun et ses préconceptions ? L'interne n'est pas un lecteur empirique, il possède des scénarios communs et intertextuels et il interprète l'histoire de la psychiatrie qui se dessine devant ses yeux à partir de ce qu'il a déjà vu. Il s'agit juste de ne pas en être dupe, de l'élaborer et de le parler. On retrouve encore ici sans doute un rôle clé de la supervision mais également de l'encadrement et du compagnonnage dont doit bénéficier « l'interne modèle ». En outre, c'est aussi à partir de ce

savoir profane et singulier et de ce savoir-être unique que l'interne forgera son identité professionnelle.

« Sortir du texte »

En lien direct avec son encyclopédie, il est essentiel que l'interne puisse s'éloigner du texte pour mieux y revenir et contribuer à son herméneutique. Du concret à l'abstrait, cela renvoie à la question des stages hors-filière ou des stages à l'étranger, des formations en philosophie, éthique, psychologie, génétique, anthropologie... Et bien sûr des recherches - en neurosciences ou en sciences humaines - mais aussi de la production artistique ou de l'investissement associatif... tout ce qui peut permettre qu'une tête bien faite reste aussi ouverte. La seule exigence ici serait de laisser ce choix à la liberté de l'interne sans quoi sa tête serait aussi fermée que sa formation.

Apprendre à lire mais surtout à écrire

A travers la théorie sémiotique d'Umberto Eco du « lecteur modèle », nous avons pu aborder à différents niveaux les enjeux que représente la formation du psychiatre de demain. Il ne s'agissait pas de théoriser la formation mais justement de « sortir du texte » pour donner matière à penser.

Il existe cependant une différence majeure entre « l'interne modèle » et le « lecteur modèle », c'est qu'on ne demandera jamais au

second d'écrire la suite du livre. Or, il incombe à « l'interne modèle » d'écrire les chapitres suivants de la psychiatrie... Et c'est peut-être ici que le bât blesse, car on apprend avant tout à l'interne à lire et pas à écrire ; Non-sens scientifique, frein au progrès et générateur d'un conservatisme ou de l'illusion d'une science totalisante dénoncés à leur manière par Popper¹⁰ ou Bachelard⁹. Ce conservatisme est pour ce dernier « non pas une preuve de la permanence et de la fixité de la raison humaine, mais bien plutôt une preuve de la somnolence du savoir, une preuve de cette avarice de l'homme cultivé ruminant sans cesse le même acquis, la même culture et devenant, comme tous les avares, victime de l'or caressé »⁹.

Alors même que le statut de l'interne représente à lui seul le véritable esprit scientifique, celui qui toujours se posera la question. L'interne est, et doit être, une question perpétuelle. Il doit user les mots de ses maîtres à force de les lire pour chercher sans cesse à les transcender et ce avant que ne vienne le temps maudit « où l'esprit aime mieux ce qui confirme son savoir que ce qui le contredit, où il aime mieux les réponses aux questions. »⁹.

Gageons alors que les meilleurs psychiatres parmi nos aînés sont ceux qui n'ont pas perdu en chemin leur âme d'interne.

5 - « Bulletin Officiel N°39 du 28 octobre 2004 », s. d.

6 - G. Lantéri - Laura, « Principales théories dans la psychiatrie contemporaine », Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37-006-A-10 (2004).

7 - Oakley C, Malik A, Kamphuis F., « Introducing competency-based training in Europe : an Anglo-Dutch perspective » 5 100:2, Int Psychiatry (2008).

8 - Sibeoni J. et Van Effenterre A., « Les internes en psychiatrie et l'Europe : le 19ème forum de l'European Federation of Psychiatric Trainees », Annales médico-psychologiques.

9 - Gaston Bachelard, La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance (Paris: J. Vrin, 1993).

10 - Karl R. Popper, La connaissance objective : une approche évolutionniste (Champs : Flammarion, 2009).

De la relation que le médecin entretient avec la parole de son patient

Ma réflexion est née d'une rencontre avec un jeune homme anorexique, qui m'avait fait part d'un intense sentiment de honte lié à son corps. Le garçon ne semblait pas en proie à un conflit entre sa conscience morale et ses désirs, mais semblait souffrir du rejet le plus intense du fonctionnement de son corps vivant. De sa parole, se révélait une expérience intime d'étrangeté à son corps vivant. Ayant un discours opératoire, purifié de ses affects, de ses désirs, de ses envies, de sa spontanéité, la parole du garçon semblait piégée par la langue médicale. Chaque symptôme que le garçon faisait peser sur lui, selon une nosographie scientifique, semblait être une tentative de s'auto-accabler d'une faute morale irréparable, ou d'un sentiment d'échec définitif (« Je souffre de TOC, de trouble du comportement alimentaire, de paranoïa »). Pourtant doué d'une remarquable intelligence, le jeune homme luttait contre ses besoins, ses plaisirs, ses désirs ; il luttait contre la faim et le sommeil en

dépit d'un amaigrissement et d'un état d'asthénie importants.

Dans l'intimité de l'écoute de sa parole, dans la reconnaissance du sujet inconscient, je tentais, à partir des éléments de discours du patient, de reconstruire rationnellement un fantasme. La scène de son drame existentiel se tenait au domicile parental, dans une *relation passionnelle* à sa mère.

La langue médicale, la nosographie scientifique, m'amenaient à dire publiquement à mes confrères qui coopéraient aux soins que le garçon souffrait d'anorexie mentale, d'un trouble du comportement alimentaire. Sans que je puisse tout d'abord l'expliquer, je constatais que ce terme de *trouble du comportement* venait contrarier le regard que je portais à la problématique psychiatrique de mon patient. Au cours de réflexions successives, je réalisais progressivement que ce qui me déconcertait dans mon attribution du diagnostic de *trouble du comportement* à ce jeune homme était intimement lié à la probléma-

tique psychiatrique du garçon anorexique. Le concept de *trouble du comportement* se référait à une vision scientifique cartésienne de la pathologie psychiatrique, c'est-à-dire une vision qui tente de désunir le corps de l'esprit, l'imaginaire de la raison, l'animisme (pensée magique ou pensée sauvage) du bon sens [2]. Cette perspective scientifique tend à nier l'être (existence) au profit de l'étant (ce qui est, M. HEIDEGGER, [6]). **Ainsi, non sans un certain embarras, je réalisais que la langue médicale et le discours scientifique cartésien, confortaient, malgré eux, le refus du garçon anorexique¹ pubère d'éprouver l'expérience d'existence (expérience d'être). En le nourrissant d'une définition morbide de ce qu'il est pour la Science (étants pour la Science : anorexique, impulsif, dépressif, anxieux, etc.), la sémiologie médicale scientifique venait appuyer son refus d'exister (être).** La langue médicale confortait le refus du garçon anorexique

pubère *d'exister au monde*, dans le *rejet du corps vivant*, en faisant taire la parole du patient, source sinieuse des complexités singulières du désir (du sujet). Alors, je fus épris de la plus vive conviction que ce garçon anorexique pubère souffrait d'une pathologie psychia-

trique qui – bien que décrite depuis plusieurs siècles (MORTON [1]) – était spécifique de notre temps, de notre société, du rapport que la science entretient aujourd'hui avec le corps (malade ou vivant), ou du rapport de la science à l'image idéale du corps, c'est-à-dire à la

norme (le diktat de l'image est quasi systématiquement évoqué par les adolescentes anorexiques). Je me suis posé la question : qu'est-ce qui dans notre société pouvait générer un tel refus du fonctionnement du corps vivant, un tel refus de *l'expérience d'existence* ?

CONCLUSION

Si la parole² renseigne sur l'expérience existentielle singulière, intime, privée, comment rendre intelligible le travail d'écoute de la pa-

role, dans une langue scientifique médicale, collective et publique ?

Pouvons-nous continuer de méconnaître le sujet existentiel et inconscient véhiculé par la parole

du patient, sous prétexte qu'il altère notre définition de la science (cartésienne), dont la raison même résulte de la désunion la plus catégorique du corps et de l'esprit ?

1- Comme dans une démarche scientifique cartésienne, l'adolescent anorexique s'inscrit dans une quête de purification de l'esprit, dans une tentative de disjonction de tout ancrage entre son esprit et son corps vivant, entre son corps inanimé et son corps parlant, entre son corps-machine et son corps humain. L'adolescent anorexique est dans une *absolue adhésion* à ce qu'il est (étant, HEIDEGGER, [6]) pour les autres (selon les codes psychiatriques, nutritionnels, moraux), tant qu'elle permet de nier son *expérience d'être (existence)*. **Dans le trouble anorexique, l'individu vit pour se définir que par ce qu'il est (étant) pour les autres (selon différents codes symboliques : nutritionnels, sociaux, économiques), en méconnaissant son expérience propre d'existence (être).**

2 - L'écoute de la parole du patient ne permet-elle pas au médecin de comprendre une part du vécu du patient, en lui permettant d'imaginer raisonnablement ce que le patient vit ? La parole du patient ne constitue-t-elle pas la principale référence pour le médecin qui travaille à comprendre le vécu et les émotions du patient ? Au cœur du discours vivant du patient, les émotions tiennent lieu d'irremplaçable aiguillon [4] pour le médecin dans la recherche de ce qui est significatif et déterminant pour le patient (dans sa *réalité psychique*, c'est-à-dire ce que nous pourrions définir comme l'ensemble des dires du patient qui suscite des émotions intenses et répétées au cours de la narration de son histoire singulière). Ainsi, aucune référence théorique ainsi qu'aucune croyance définitive (construction définitive du médecin) ne peuvent rendre compte de la totalité du vécu du patient ou se substituer à son discours vivant (représentation et émotions). Selon notre éthique, tout modèle psychopathologique n'est qu'un espace intermédiaire entre la pratique et la théorie, comme espace transitionnel d'illusion partagée entre le médecin et le patient, comme espace nécessaire à la co-construction d'un sens (au symptôme) à vertu thérapeutique (c'est-à-dire, un sens donné au symptôme, qui permette d'atténuer les angoisses et de motiver des changements de fonctionnement psychique durables, positifs et qui améliorent les relations du sujet avec les autres et avec lui-même).

Dans une perspective psychopathologique (existentielle) du trouble anxieux par exemple, nous pouvons caractériser certaines angoisses comme des phénomènes de *vertige au sein même de la pensée*, où la perte de l'équilibre psychique résulte de l'étourdissement devant la profondeur du champ d'action et de la perspective de la liberté d'action [5]. L'intérêt de cette conception de l'angoisse réside dans l'importance que le médecin accorde à l'élaboration de celle-ci, dans la relation thérapeutique d'écoute et de compréhension du vécu du patient. Si aucune théorie ne peut rendre compte de la totalité du vécu du patient, c'est parce que seul le sens (donné au symptôme) qui affecte le patient tient lieu de théorie valable co-construite par le médecin et son patient. Nous défendons l'idée selon laquelle le savoir théorique du médecin ainsi que ses moyens techniques de thérapeutiques, déterminent pour une part, la relation qu'il entretient avec la parole de son patient. Tout savoir brandi par le médecin à son patient, pour tenter de proposer une explication définitive de son symptôme (explications organiques ou psychogénétiques), peut se révéler n'être qu'une manifestation défensive du médecin lui-même devant son sentiment d'impuissance thérapeutique ou d'incompréhension scientifique (comme *symptôme de défense par le sens*, motivé par la dynamique contre-transférentielle). En concevant la maladie mentale uniquement comme une conséquence de l'expression du génome (théorie génétique), l'écoute de la parole du patient devient alors superflue à la thérapeutique. À l'inverse, si l'on se représente la maladie mentale comme résultant de l'action du souvenir (théorie psychogénétique considérant l'anorexie comme une forme d'hystérie) conscient ou inconscient (mis en acte ou ressenti émotionnellement), la *quête de sens* et la recherche du traumatisme (réel ou fantasmatique) initiateur peuvent s'avérer vaines. En nous représentant le symptôme psychiatrique comme une *défense* (répression psychique par la conscience morale) devant le désir (physique), ne mettons-nous pas en valeur l'intrication dynamique et constante du corps et de l'esprit ?

La science³ contemporaine plus que jamais permet de mettre à nu ce que l'homme est (selon différents codes : biologiques, médicaux, moraux, relatifs au bon sens), tout en méconnaissant son expérience singulière d'être au monde. **En lui exhibant ce qu'il est (pour la psychiatrie, pour la médecine, pour la biologie, pour la morale, au nom du bon sens), la science contemporaine ne prive-t-elle pas l'homme d'une part de son espace de liberté d'existence, d'une part de sa présence d'être au monde ?** Supposons par l'imagination, que la science puisse définir ce que l'homme est (pour la psychiatrie, pour la biologie, pour la morale, selon le *bon sens*), qu'advient-il de son sentiment d'être au monde ? Qu'advient-il de l'existence de celui qui est condamné à la naissance à mou-

rir d'un cancer prématurément ? Qu'advient-il de l'existence de l'homme qui se sait porteur d'une schizophrénie, qu'advient-il de l'existence de ses proches ? Qu'advient-il de l'existence de l'enfant dont la science a pronostiqué qu'il sera meurtrier, suicidaire ou délinquant ? Mais si l'on cesse d'imaginer ou de rêver, nous constatons que la science contemporaine, n'est pas en mesure de définir (en totalité) ce que l'homme est (pour la psychiatrie, pour la biologie, pour la morale, selon le *bon sens*). Pourtant l'approche scientifique contemporaine, tient à mettre à distance la parole de l'homme qui traduit son *expérience d'être au monde*. **Or, lorsque dans la relation thérapeutique, l'autre nous réduit à l'état d'étant (chose ou objet de science), il nie une part (une image) de notre sentiment**

d'être. Dans ce cas, l'autre nie l'image qu'il se serait faite de notre expérience d'être au monde, s'il avait écouté notre parole. Néanmoins, c'est dans la relation à l'autre, que le sujet peut éprouver son expérience d'être au monde, dans la confrontation de son sentiment d'existence avec ce qu'il est pour l'autre, et réciproquement. Le sujet méconnaît une part de son existence au monde, lorsque l'autre le prive d'une écoute attentive. Mais qu'advient-il du sujet, si l'autre (représentant d'une autorité incontestable tel que l'ordre scientifique) non seulement le prive d'une écoute attentive, mais lui fait savoir ce qu'il est (pour lui) ?

3 - La relation que le médecin entretient avec le discours médical scientifique, révèle la relation qu'il entretient avec la parole du patient. Pour illustrer cette idée, nous prendrons la question du trouble anxieux telle qu'elle a été décrite dans le DSM 4 [3], ouvrage de référence internationale pour la recherche en santé mentale (ouvrage à prétention scientifique, à prétention à l'objectivité). Au chapitre du trouble anxieux du DSM 4[3], nous constatons que le concept de *peur* a supplanté celui d'angoisse, dans la définition des différents troubles anxieux (phobie sociale : peur du regard de l'autre ; phobie spécifique : peur d'un objet perçu ; peur d'apparaître malade, etc.). Bien que cela puisse apparaître comme une querelle conceptuelle voire peut-être un parti pris de traduction, nous pensons qu'il s'agit là d'un tournant important observé dans la pratique du médecin, et dans le rapport que le médecin entretient avec la parole du patient. Afin d'étayer notre propos, faudrait-il différencier le concept d'angoisse de celui de peur.

Lorsqu'un patient présente une peur, il a connaissance de l'*objet* qui suscite cet état émotionnel. Dans la mesure où il a connaissance de l'objet de sa peur ou que le scientifique a connaissance de cet objet, seule une certaine réticence l'empêche de la verbaliser. A l'inverse, lorsque le patient souffre d'angoisse, le sujet n'a pas idée de son objet. Parce que l'angoisse est décrite comme *une peur sans objet* [5], le patient est tenu d'élaborer et de reconnaître par les mots ce qui suscite son état émotionnel. Le concept de peur a été développé par Kierkegaard [5] au 19^{ème} siècle (siècle du romantisme), comme un *vertige au sein du processus même de la pensée*, et devant le gouffre du champ des possibles.

En revenant à la pratique actuelle du médecin, nous pouvons estimer les conséquences éthiques qu'une telle substitution (angoisse par peur) occasionne sur la relation du médecin à la parole du patient. En substituant le concept d'angoisse par celui de peur, ne remplaçons-nous pas une *étude clinique de la reconnaissance* de la parole du patient par le médecin (comme *élaboration* en parole d'un état émotionnel particulier), par une quête du *mea culpa*, comme *recherche de l'aveu du patient (comme autant d'actes que le patient dissimule : dissimulation des idées suicidaires, des hallucinations, des passages à l'acte)*. Car dans un paradigme théorique où prédomine le concept de peur sur celui d'angoisse, le patient n'ignore pas pourquoi il est anxieux : puisque si l'objet extérieur de sa peur n'est pas identifié, le scientifique prend la peur elle-même comme cause (approche neurobiologique du trouble anxieux : dysrégulation des neuromédiateurs adrénergiques). Dans ce paradigme théorique, l'inconscient n'existe pas. Dans la *quête des aveux*, lorsque la parole du sujet se fait trompeuse, c'est le langage des gestes qui viendra étayer ou infirmer la parole. Le *détecteur de mensonge* est le concept clef et le moyen idéal, de la quête des aveux.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BRUCH, *Les yeux et le ventre, Chapitre XV : L'anorexie mentale chez l'homme*, page 333, EDITIONS PAYOT en 1975, Traduction de l'anglais (Etats-unis) par Florence Verme et Monique Manin, Titre original : *Eating Disorders*, Première publication en 1973 aux éditions *Basic Books, Inc.*,
- [2] DESCARTES, *Le discours de la méthode*, FLAMMARION, 2000
- [3] DSM IV-TR. *Trouble du comportement alimentaire* (page 583), *Trouble anxieux* (page 429), *Trouble de l'humeur* (page 345), *Troubles fréquemment diagnostiqués dans l'enfance et l'adolescence* (page 39), *Trouble de l'identité sexuelle* (page 535), Auteur : American Psychiatric Association, Traduit de l'anglais par GUELF J.D. et coll., publication française en 2004, EDITIONS MASSON, première publication en 1994 aux éditions *American Psychiatric Pub.*
- [4] GREEN A, *Le Discours Vivant, la conception psychanalytique de l'affect*, première édition en 1973 chez PUF Quadrige
- [5] KIERKEGAARD S, *Le concept de l'angoisse*, Éditions Gallimard, Traduction par FERLOV K et GATEAU JJ, première édition en 1935
- [6] HEIDEGGER, *Etre et Temps*, traduction de l'allemand par VEZIN F en 1986, *Sein und Zeit* première publication en 1927, GALLIMARD

Benjamin Levy
Interne en Psychiatrie à Amiens
baj.levy@gmail.com

L'injonction de soins en France : rappel du cadre législatif et état des lieux 14 ans après la publication de la loi de 1998

Il existe en France trois mesures de soins ordonnés par la Justice distinctes, tant par leur fondement juridique, leur champ d'application et leur modalités d'exécution. Il s'agit de l'obligation de soins, de l'injonction thérapeutique, et de l'injonction de soins.

L'injonction de soins est la plus récente de ces mesures, mais aussi celle qui apparaît comme la plus coercitive. Elle a été instaurée par la loi Guigou du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles. Elle entre dans le cadre du suivi socio-judiciaire, ensemble de mesures auxquelles le condamné doit se soumettre dans le cadre de sa peine. L'injonction de soins est une mesure post-sentencielle. Le suivi socio-judiciaire peut être une peine principale (sans peine de privation de liberté) ou une peine complémentaire (accompagnant une peine privative de liberté). Lorsqu'un suivi socio-judiciaire est prononcé, l'IS est une mesure systématique. Une expertise psychiatrique est toujours réalisée avant le prononcé de la mesure, afin de préciser la nécessité des soins. Dans le cas d'une peine complémentaire, l'injonction débute après la détention. Cependant, certains condamnés débutent des soins, dans le cadre du dispositif d'incitation aux soins, pendant l'exécution de leur peine de prison. Les soins en détention n'ont pas de caractère obligatoire, mais peuvent avoir un impact sur

les remises de peine. C'est un praticien dit médecin coordonnateur, le plus souvent un psychiatre, qui va organiser la mise en œuvre de la mesure sur le terrain. Son rôle, à l'interface des instances juridiques et sanitaires, consiste à suivre l'évolution du condamné au cours des soins, à participer au contrôle formel de la mesure en remettant au juge d'application des peines des attestations de suivi et des rapports réguliers. Ce n'est pas lui qui va réaliser le suivi effectif du justiciable : les soins sont dispensés par un médecin psychiatre dit médecin traitant. La mesure est contrôlée par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et le juge d'application des peines. Le non respect de l'obligation peut entraîner une réincarcération, voire une première incarcération si l'injonction de soins avait été prononcée à titre de peine principale. L'injonction de soins peut durer jusqu'à 10 ans en matière correctionnelle, 20 ans en matière criminelle. Lorsque la peine prend fin, le condamné peut poursuivre s'il le désire les soins, en dehors de toute obligation.

Lors de la publication de la loi Guigou en 1998, l'injonction de soins est présentée et perçue comme une avancée, du fait de sa spécificité, mais aussi grâce au rôle du médecin coordonnateur. Elle se différencie ainsi de son aînée, l'obligation de soins : mesure non spécifique d'une catégorie d'infractions, et dont les relations entre les médecins et les juges ne sont pas organisées par la loi, elle laisse souvent place à des incompréhensions entre les deux parties. En 1998, les réticences des praticiens concernaient surtout l'articulation délicate entre les milieux juridiques et sanitaires, la collaboration avec la Justice et le problème de la demande de soins n'émanant pas du patient mais d'un magistrat, récurrent en matière de soins ordonnés par la Justice. Actuellement, ce sont d'autres difficultés qui prennent le dessus. Depuis la loi de 1998, la mesure a perdu son caractère spécifique : le champ de l'injonction de soins s'est largement étendu, et ne concerne plus les seules infractions à caractère sexuel (cf tableau).

Support Législatif	Temps de la procédure pénale	Infractions concernées
<p>Loi du 17 juin 1998 <i>relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs</i></p> <p>Loi du 12 décembre 2005 <i>relative au traitement de la récidive des infractions pénales</i></p> <p>Loi du 5 mars 2007 <i>relative à la prévention de la délinquance</i></p> <p>Loi du 10 août 2007 <i>relative à la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs</i></p> <p>Loi du 25 février 2008 <i>relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental</i></p>	<p>Uniquement en <u>phase post-sentencielle</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivi socio-judiciaire - libération conditionnelle - surveillance judiciaire - surveillance de sûreté - rétention de sûreté 	<ul style="list-style-type: none"> - Viol, agression sexuelle ou exhibition sexuelle - Atteintes sexuelles commises sans violence sur les mineurs et délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs à caractère pornographique ou de messages pornographiques susceptibles d'être vus par des mineurs - Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'autres actes de barbarie - Meurtre et assassinat - Torture et acte de barbarie - Enlèvement ou séquestration - Destruction ou dégradation d'un bien avec le feu ou une substance explosive - Violence commise au sein du couple

Tableau : Supports législatifs et Champs d'application de l'injonction de soins

La tendance actuelle à la surpénalisation entraîne une réponse législative systématique à des faits divers médiatisés. Ainsi, de nombreux textes de lois ont été publiés et empilés, venant complexifier la mise en œuvre de la mesure et brouiller l'esprit des médecins, qui doivent s'adapter aux évolutions législatives permanentes. De plus, juges et médecins doivent faire face à un manque de moyens conséquent sur le terrain : manque de psychiatres, manque de formation spécialisée, manque de médecins coordonnateurs. On aboutit donc à une difficulté de mise en œuvre de la mesure, qui est de fait appliquée de manière très inégale sur le territoire français, en fonction de l'offre de soins locale. Le nombre de patients en injonction de soins pouvant être suivis par un même médecin coordonnateur a été récemment augmenté, passant de 20 à 60, mais certains départements n'ont tout simplement pas de médecin coordonnateur. Les formations spécialisées pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et pour le suivi des patients sous injonction de soins se développent, mais les psychiatres restent actuellement peu formés et peu sensibilisés à cette pratique, qui vient se surajouter à la réticence de certains à travailler avec ce type de patients, pas toujours demandeurs et dont la motivation réelle aux soins est difficilement appréciable.

Quatorze ans après sa création, l'injonction de soins ne cesse de se développer. Un rapport récent de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires (février 2011) estimait le nombre d'injonctions de soins en cours à 3800. Il semble évident qu'avec l'extension du champ d'application de cette mesure, ce chiffre sera de plus en plus important, imposant une meilleure organisation dans sa mise en œuvre, des moyens en aval plus cohérents, mais aussi une stabilité législative, afin de lever le doute sur son efficacité pénale.



Le packing de l'humain, du soin, de la rencontre

Le packing c'est du froid, du chaud, des tremblements, des frémissements, du silence, du toucher, du ressenti, du regard, des regards... mais aussi du verbal, parfois beaucoup de verbal, des discussions presque, des rires, du « être ensemble »... être ensemble pour le plaisir d'être ensemble... on se porte, on se soutient... on se soigne.

Bien sûr le dispositif a quelques codes : un cadre ! Du linge mouillé, un patient, des soignants... un avant pack avec une préparation, une organisation : « aujourd'hui qui s'occupe des serviettes ? », « y a qui pour le pack aujourd'hui ? », « tu vas chercher Pierre ? moi je mouille les serviettes, David et moi on les essore »... puis Pierre se déshabille (seul ou avec aide selon l'autonomie du patient) et garde ses sous-vêtements ou son maillot de bain puis s'installe sur les serviettes.

L'enveloppement : c'est toujours dans un contact doux, rassurant voir amusant... comme un jeu . « oulala Pierre c'est froid ! Aller vite vite on vous enveloppe après ça sera chaud, voilà les pieds, les jambes... » , « Pierre, tu vas bien aujourd'hui, oh ben tu t'allonges comme ça d'un coup... alors on y va on t'enveloppe... voilà oui les bras comment ? Comme ça oui ? ».

Puis tout à côté, rapprochés, les soignants autour du patient, certains aux pieds, d'autres à la tête... on reste ensemble... et on vit, on

ressent, pas d'attendu, on explore, on établit de la relation... ET CA MARCHE ! Pas de code, pas d'interprétation, c'est ici et maintenant...

Il y a un après packing : souvent plus ritualisé... « l'autour » du rhabillage... et pourquoi pas une douche ?... puis une collation ? Ensemble pour se dire au revoir chaque équipe et chaque patient trouvent leur manière de se quitter en douceur.

Le cadre comprend un temps de « reprise », temps où les soignants se retrouvent pour parler de la séance et la retranscrire par écrit... une trace pour se souvenir... un temps pour réfléchir et mettre en mots le ressenti... ce temps se coordonne avec un autre travail : la supervision.

Régulièrement l'équipe de soignant ira discuter avec un autre soignant formé au packing et à la question des enveloppes psychiques. Temps pour permettre aux soignants de penser avec un retour

et une mise en perspective de qui se passe dans ce packing avec ce patient...

Le packing est une pratique douce où chaque équipe trouve sa forme, son packing, où la créativité est la bienvenue, où la contrainte n'est jamais appliquée... si des enfants sont parfois enveloppés dans ce qui pourrait apparaître une contrainte pour eux c'est que ces enfants sont dans des états de fureur et de violences contre eux-même et/ou contre autrui telles que dans des équipes où le packing ne se pratiquent pas ils auraient été mis en contention pure et simple avec très certainement une camisole chimique qui va de paire... pour les enfants, le packing n'est jamais appliqué sans l'accord des parents et ceci avec un véritable respect du temps de réflexion et avec l'accord de l'ensemble des soignants en équipe pluridisciplinaire.

Si un patient adulte ou enfant ne souhaite pas telle ou telle séance faire le packing, aucune contrainte

physique n'est pratiquée... souvent un « restons ensemble » substitut du packing est pratiqué.

Aucune règle n'est définie quant à la présence ou non des parents dans un packing, les équipes sont libres de choisir, le cadre est très souple et se construit au cas par cas.

Voici pour mieux témoigner de mon propos un texte présentant les débuts d'une prise en charge de packing pour un patient adulte hospitalisé.

Packing Pierre

Pierre est un adulte d'environ 35 ans, hospitalisé dans une unité du service de psychiatrie Adulte du secteur de X.

Premier contact avec Pierre, un jeudi après-midi sur le temps qui sera par la suite imparti à son Packing. Celui-ci n'est pas au courant que nous devons le rencontrer pour lui présenter le soin Packing auquel l'équipe soignante de l'unité de Pierre et l'équipe de Packing inter-unité ont pensé pour lui. En effet c'est au cours d'une réunion de synthèse avec l'équipe soignante de Pierre que l'équipe du Packing ont réfléchi et posé ensemble l'indication du soin. C'est avec l'accord médical de son psychiatre référent - le Dr Y - que nous annonçons à Pierre que nous souhaiterions qu'il bénéficie de cette prise en charge.

L'équipe de Packing est composée de 6 soignants : A (psychologue),

B (ergothérapeute), C (infirmier), D (infirmière), E (infirmière) et moi-même (interne en psychiatrie).

Pierre ne connaît pas tous les soignants, aussi pour le mettre à l'aise nous décidons que B et C aillent le chercher pour nous rejoindre tous ensemble dans une salle d'activité de l'unité d'hospitalisation. Ce jour là seule D est absente.

Pierre que l'on décrit parfois comme quelqu'un avec une agitation psychomotrice importante arrive très calmement dans la salle d'activité, il se dégage un sentiment de curiosité, d'attention dans son attitude. Son aspect physique dit déjà beaucoup de choses quant au probable « morcellement » « dissociation » de l'enveloppe psychique de Pierre. Son regard est divisé par un œil « qui part vers l'extérieur », un strabisme divergent. Grand et mince, sa posture globale est hypotonique. Bien que ça ne soit qu'une première impression lors de cette rencontre, lorsque je l'observe, il m'apparaît ne pas habiter totalement son corps. Lorsqu'il nous parle, la sonorité des mots est très difficile à comprendre même pour ceux qui le connaissent depuis longtemps mais avec beaucoup d'attention nous arrivons à suivre la trame de son propos.

Nous lui expliquons que nous aimerions pratiquer un soin « de détente » avec lui où nous l'envelopperions de serviettes, de draps et de cou-

vertures puis nous resterions avec lui durant un certain temps. Et que ce soin serait aussi une façon d'être ensemble, un moment pour lui, où plusieurs soignants seraient à ses côtés. Nous insistons sur la dimension de calme et de détente.

Pierre sourit et dit « c'est bizarre ». Nous sourions, A rigole et répond « oui c'est effectivement bizarre ». L'ambiance est un peu particulière puisque Pierre est le tout premier patient de ce service à qui nous proposons ce soin.

Je demande « qu'est-ce que vous en pensez Pierre ? Est-ce que vous connaissez le Packing ? ». Il répond « oui le Packing c'est pour l'épilepsie » et rajoute des choses peu compréhensibles. Nous échangeons avec lui autour du corps, de la détente, je lui explique que ce n'est pas un traitement pour l'épilepsie et je suspecte alors que cette histoire d'épilepsie doit être signifiante pour lui. Puis il nous dit qu'il semble vouloir essayer, accepter le soin, il dit « oui c'est bien ». On lui propose d'aller voir la salle de Packing tous ensemble et que le soin débutera bientôt (2 semaines après cette rencontre), ce qui lui laisse le temps de réfléchir et que l'équipe reviendra le voir jeudi prochain pour en reparler avec lui. Avant de nous rendre dans la salle Packing nous attendons un infirmier parti chercher un traversin. Pierre nous reparle alors d'épilepsie mais surtout de son père qui serait tombé malade et que des gens



seraient venus le chercher, qu'il s'est occupé de son père, qu'il se levait la nuit pour s'en occuper...

Nous nous rendons dans la chambre prévue pour le Packing qui se trouve en dehors de toute unité d'hospitalisation, dans un endroit très calme du bâtiment. C'est un espace presque carré, très contenant, la tête du lit est adossée à un mur de telle sorte que les soignants peuvent être autour. Dans la chambre se trouve une armoire qui contient du matériel pour le Packing, des chaises et une table de nuit où repose une lampe de chevet, la lumière de la fenêtre est calfeutrée par des stores, ainsi l'esprit « Georges de La tour » conduisant à une ambiance de détente est ici recréé.

Nous ré-expliquons en détail à Pierre la technique de soin : les serviettes mouillées dans lesquelles il sera enveloppé en maillot de bain puis le drap, le tissu imperméable et les couvertures. Tout en expliquant, je lui montre sur le traversin que j'ai positionné sur le lit symbolisant le « corps-tronc » de Pierre. Je lui démontre bien et lui explique que sa tête restera en dehors du pack. Puis une fois enveloppé nous resterons ensemble à ses cotés autour de lui pendant 45mn environ. Il dit « oui c'est bien » il sourit me regarde et dit « ben pourquoi on commence pas la semaine prochaine », nous rions tous ensemble

et nous lui expliquons que tout le monde ne sera pas disponible la semaine prochaine et que nous souhaitons lui laisser le temps de repenser à tout ça avant de commencer.

Pierre me dit alors « déPacking, j'en ai eu pour l'épilepsie », tout s'éclaire, je reprends « la dépakine® oui c'est un traitement pour l'épilepsie c'est un médicament », il sourit et raconte qu'il a fait une crise et que les pompiers sont venus, qu'on l'a emmené et semble presque mimer un enveloppement. C reprends et raconte qu'il a probablement été mis sur un brancard attaché ? Contenu ? Pierre continue a nous raconter « il y avait tout le monde, la police, les pompiers, puis ils m'ont amené ici » puis il re-parle de son père, dit qu'il est mort et semble dire qu'il était étendu allongé... (comme lui sur le lit pour le Packing ?) puis il dit qu'il a eu des traitement dont « des petites piqûres ».

Lors du temps de reprise où nous prenons des notes tous ensemble sur ce qui s'est passé, nous tentons de recoller les morceaux d'histoires que Pierre nous a livré sans trop interpréter. C évoque la possibilité d'image de mort... de son père mort que le Packing pourrait évoquer, peut être de tissu plastique recouvrant un corps. Je n'ai pas regardé le dossier médical de Pierre et ne connaît pas son

histoire, je me dis que ces choses viendront au fur et à mesure de l'histoire qui va s'écrire avec Pierre au travers de ce soin.

Mais cette introduction fut une « mise en bouche » particulièrement intéressante et positive.

Aujourd'hui ce patient a eu plusieurs séances, on est passé par du froid, mais aussi par des pack avec du linge mouillé à l'eau chaude à sa demande, parfois il n'y a pas eu d'enveloppement mais autre chose qui s'est élaboré (selon ses propres mots «un petit pack») puis pour revenir à du pack plus classique les fois suivantes... L'équipe de packing rencontre régulièrement le reste de l'équipe qui soigne Pierre... Le packing c'est aussi créer des liens, il prend place dans l'ensemble des prises en charges que nous tissons avec le patient.

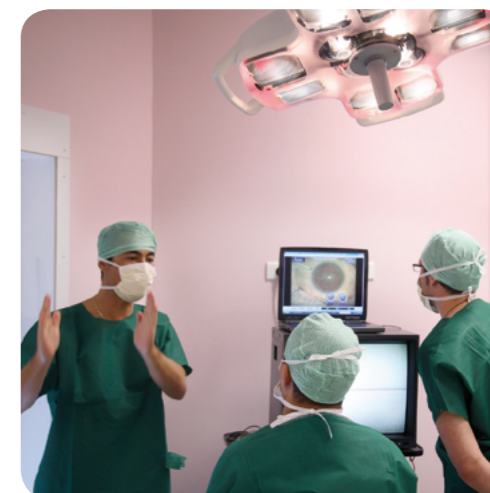
Le packing est un outil soignant, pourquoi s'en priver ?

Sarah Gatignol
Interne en Psychiatrie à Lille



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LA FHF RÉUNIT PLUS DE 1 000 HÔPITAUX ET 1 000 STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES



WWW.FHF.FR > OFFRES D'EMPLOI

PLUS DE 30 000 OFFRES D'EMPLOI ET PLUS DE 15 000 CV

LA RUBRIQUE OFFRE D'EMPLOI PERMET AUSSI L'ACCÈS A UN ESPACE CANDIDAT



La Fédération hospitalière de France est partenaire



Un site de

Macéo éditions

A la découverte de la psychiatrie japonaise



Bonjour à tous du Japon. J'ai eu la chance de pouvoir effectuer actuellement un semestre dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital universitaire de Jichi, situé dans le département de Tochigi au Japon, et j'aimerais partager cette expérience formidable et très formatrice ! Petite présentation géographique s'impose : le département de Tochigi se situe dans une grande plaine entourée de montagnes au Nord-est de Tokyo, à environ 100 km de la capitale. Malheureusement, aussi très proche du lieu de la catastrophe ayant eu lieu l'an dernier (200 km de Fukushima) ce qui impose quelques précautions encore, surtout au niveau alimentaire pour la population.

Ce projet, ayant pour fondement un vif intérêt pour le pays, sa langue et ses habitants, était aussi basé sur l'envie de découvrir, à la lumière d'une culture si différente, d'immanquables différences dans la représentation de la maladie mentale, sa présentation clinique et son traitement. Cela a pu se finaliser grâce au Professeur Kato Satoshi, chef du service de Psychiatrie Adulte de l'hôpital de Jichi, qui a eu l'amabilité de m'accueillir pour une période de 6 mois dans son service. Le professeur Kato est francophone d'un excellent niveau et francophile, et a effectué une année dans le service du Professeur Israel à Strasbourg lors de sa formation en 1985. Il reste très attaché à la France et participe ac-

tivement au congrès de médecine Franco-japonaise qui a lieu tous les 2 ans en alternance à Paris et Tokyo (le dernier ayant pour thème l'autisme, s'est déroulé à Tokyo en novembre dernier). L'hôpital de Jichi est un hôpital général semi-privé assez récent (1972) disposant de près de 1100 lits, d'un centre de recherche très actif et d'un excellent plateau technique.

A ma première visite, la situation en plein campagne japonaise dans une petite ville de taille moyenne d'un établissement d'une telle envergure m'avait surpris. De bonne réputation, il accueille des patients de toute la région voire d'autres régions et souvent de Tokyo. L'université médicale accueille chaque

année 100 étudiants venus de toutes les préfectures du Japon après une sélection drastique (la sélection des étudiants au Japon ne se fait pas après le PCEM1 mais avant l'entrée à l'université). Leurs études sont entièrement payées par l'université, les études au Japon sont extrêmement coûteuses, mais en contrepartie ils doivent s'installer 2 ans minimum dans une région en pénurie de médecins de leur préfecture d'origine.

Le service où je suis actuellement est un service ouvert d'une quarantaine de lits dont une chambre d'isolement. Le fonctionnement du service est globalement similaire à ce que j'ai pu observer dans d'autres unités en France, mais le nombre de médecins y est très élevé, environ une vingtaine y compris les «résidents» (équivalents à notre internat mais avec l'obligation, après les 6 ans d'enseignements théoriques, de tourner pendant 2 ans dans plusieurs services, ils sont alors généralistes ou poursuivent pour se spécialiser pendant 3 ans). L'approche est très psychopharmacologique avec un très bon plateau technique et une relative facilité d'accès aux examens d'imagerie, IRM cérébrale et PET scan étant très facilement réalisés. Sont également organisées des activités thérapeutiques quotidiennes tels que le collage, le

dessin, la musicothérapie et particularité japonaise la calligraphie.

La particularité de ce service, cela étant très rare au Japon, est l'approche psychanalytique de quelques médecins du service dont le chef de service, et des séminaires d'étude de la psychanalyse freudienne et Lacanienne sont organisés de façon hebdomadaire, avec l'étude du texte original en Français puis en Japonais pour le séminaire de psychanalyse Lacanienne, ce qui a été un moyen plus qu'original pour moi d'étudier le Japonais ! A noter qu'au Japon la sectorisation n'existe pas et les consultations externes se trouvent dans l'enceinte de l'hôpital.

L'abord des patients, en raison de la difficulté de la langue que je parle à un niveau intermédiaire, m'a d'abord été proposé par le biais des activités thérapeutiques, puis la possibilité d'assister aux entretiens avec certains médecins en Intra et Extra hospitalier, puis une fois le contact avec le patient établi et la langue un peu mieux parlée (même si ça reste très très dur surtout l'écriture !) j'ai eu la possibilité de mener certains entretiens seules. La psychiatrie est à mon avis la spécialité la plus difficile à aborder pour un médecin étranger en raison de la double barrière du langage et de la culture.

Pour conclure, un petit mot sur les patients que j'ai pu rencontrer et leurs pathologies. 6 mois après la catastrophe ayant eu lieu en mars 2011, je m'attendais inévitablement à rencontrer divers cas de décompensations psychiques en lien avec la catastrophe, ce qui n'a pas manqué sur de nombreuses pathologies différentes (troubles anxieux, dépressifs et aussi schizophréniques). Je n'ai pas rencontré de patients atteints de PTSD, la région n'ayant pas été touchée à grande échelle par le séisme et le Tsunami. Les médecins du service sont actuellement en pleine étude des conséquences à court, moyen et long terme de cette catastrophe sur l'état de santé mentale des patients et quelques publications sont déjà parues à ce sujet.

Il est difficile de détailler une telle expérience en si peu de lignes, mais cela a été sur le plan pédagogique et personnel une expérience très enrichissante et je compte bien profiter au maximum du mois qui me reste. Seul point négatif, les tremblements de terre quasi quotidiens.

Sur ce, merci de m'avoir lue et à très bientôt dans notre beau pays !

Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados

La thèse de médecine a ceci d'intéressant qu'elle oblige le futur médecin à réaliser un exercice qui parfois sera unique dans sa carrière : un réel exercice d'écriture. Cette obligation, malgré l'anxiété qu'elle génère, plus ou moins fortement selon les tempéraments, peut être aussi la véritable révélation d'un plaisir inconnu jusque-là : la joie d'écrire, et en particulier de mettre noir sur blanc des intuitions, des élaborations cliniques qui sinon seraient restées à l'état de pré-pensées, et auraient été jetées au fond des oubliettes de notre mémoire.

J'ai aimé, adoré, kiffé écrire ma thèse. Bon, soyons réalistes. A part votre mère et votre directeur de thèse (et encore...), personne ne lira votre thèse de médecine. Surtout si son sujet est « *Campylobacter spp.* : sa vie, son œuvre ». A la rigueur, si vous avez eu la chance que votre travail soit intégré dans un projet plus large, il pourra être utilisé par d'autres. Mais souvent alors, j'entends le thésard se plaindre du manque de liberté imposé par le sujet, et par les at-

tentes de l'équipe à qui le travail est destiné. Ecrire sans lecteurs : soulagement ou tristesse ?

Ma chance a été d'avoir trouvé seule mon sujet de thèse, d'avoir trouvé le soutien d'universitaires favorisant la créativité (et je ne remercie jamais assez le Pr Pierre Delion pour cela !), et d'avoir eu une liberté quasi totale, qui n'excluait pas une certaine rigueur.

Passionnée d'horreur fantastique à l'adolescence, j'ai dû lire l'intégrale de Stephen King à 15 ans, découvrant grâce à lui (S. King adore faire découvrir les grands auteurs à son lecteur, ses préfaces et postfaces sont toujours des petits cadeaux...) Shirley Jackson, Matheson, Ira Levin, Siddons, Straub, Bradbury, et les anciens, Mary Shelley, Bram Stoker, et j'en passe. Il me semble qu'à l'époque, aucun chagrin ne pouvait résister à la lecture frissonnante d'une de ces petites perles noires...

Le cinéma et la télé n'étaient pas en reste : j'avais 13 ans quand « X-files » a débuté (oserais-je dire

que j'ai fait médecine dans une identification encore très adolescente à Dana Scully ?), j'avais 15 ans quand « *Scream* » est sorti en salle...

Ce sujet de thèse : l'adolescence et l'horreur fantastique, j'y pensais depuis très longtemps ; depuis, qu'externe, j'avais dévoré « *psychanalyse des contes de fées* » de Bettelheim, un des premiers livres de psychanalyse que j'ai lu. Enthousiaste, je m'étais dit que les œuvres d'horreur fantastique ressemblaient beaucoup aux contes, et qu'ils avaient été un tel soulagement pour moi à 15 ans que probablement ils avaient eu un rôle d'organisateur psychique dans mon développement. Mais était ce le cas pour d'autres ?

A ce moment là, lors du travail de thèse, avoir un lecteur ou pas n'avait pas d'importance pour moi. La recherche, l'exploration d'un monde, l'apprentissage de la clinique psychiatrique, l'intégration progressive de concepts psychanalytiques, l'expérience personnelle de ma propre analyse et bien

sûr et surtout la rencontre avec les patients et leurs histoires, suffisaient bien à rendre passionnant la mise par écrit de ce que je pouvais en comprendre.

Et puis voilà, la thèse est finie. Je me suis bien amusée. J'aurai bien aimé finalement partager cet amusement... mais la thèse n'est pas le bon support. Trop rigide ? Trop médical ? Trop universitaire ? Bon, mon grand-père l'a lue, c'est déjà ça !

Il me semble que Pierre Delion, mon directeur de thèse, a perçu cela, et il m'a proposé d'en faire un livre. Joie puérile d'un rêve d'enfant qui se réalise ! Youpi !

Alors, je me suis réinstallée devant mon ordinateur, et j'ai réécrit tout le bouquin. Sauf que contrairement à ma thèse, j'avais besoin d'un lecteur dans ma tête. Je n'ai réussi à l'écrire que le jour où j'ai trouvé mon lecteur. Et mon « lecteur type »,

ça a été mes co-internes et mes jeunes chefs. Ils se reconnaîtront...

Bon, il faut que je fasse un peu de pub, quand même... Des lecteurs, j'aimerais bien en avoir quelques-uns... Partager mon enthousiasme, transmettre quelques connaissances... même si c'est sous une forme maladroite.

Il parle de quoi, ce livre ? Il parle d'adolescence, et de terreurs pubertaires, il parle de développement de l'enfant et d'autonomie à prendre. Il parle de vampires, de fantômes, de loups-garous, de jeunes filles pas trop en fleurs et de monstres à la Frankenstein. Il parle de cauchemars de l'humanité et de psychanalyse pas trop compliquée. Il parle de clinique et de perspectives thérapeutiques. Est-il intéressant pour des internes ? Oui, je pense, il a été écrit pour vous... Cela peut être une première approche ludique de la psychanalyse.



Et puis bon courage pour votre thèse ! Et si jamais vous pensez que cela vaut le coup d'être lu, d'être transmis, et bien frappez à quelques portes, envoyez vos thèses à des éditeurs, en proposant de les réécrire. Ou faites-en des articles. Pas seulement pour être publié (publish or perish), mais aussi pour être lu !

Marion Hendrickx est médecin psychiatre au groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille et thérapeute familiale d'inspiration analytique, ancien interne des hôpitaux de Lille. Membre du séminaire de la Tourette.

Petit traité d'horreur fantastique, à l'usage des adultes qui soignent des ados. Erès.

<http://www.editions-eres.com/parutions/enfance-et-parentalite/vie-de-l-enfant-la/p2964-petit-traite-d-horreur-fantastique.htm>

ISBN : 978-2-7492-1645-4 ; EAN : 9782749216454 ; 170 pages. 20euros.

Plus qu'un simple hôpital, c'est une enclave idyllique où l'on peut échapper aux lois en vigueur pour tout réinventer, sous l'égide de son Président bien aimé.

Voici les principales bases philosophiques et innovations de ce lieu avant-gardiste :

Une utopie où enfin, des administratifs formés à des techniques managériales efficaces, viennent remettre dans le droit chemin des soignants qui croient encore, au 21^{ème} siècle, qu'écouter les divagations des patients peut avoir un quelconque intérêt !

Une utilisation optimale de chaque agent, une élève infirmière pouvant facilement se substituer à une infirmière dans un service d'hospitalisation pour adolescents pour un salaire d'ASH. Et un interne pouvant jouer au docteur à son gré, après tout c'est un médecin comme un autre. Ces sales gosses jouent avec les mots en expliquant qu'ils sont médecins mais pas docteurs, franchement vous voyez une différence ?

La réinstauration d'un sein clivage entre les statuts, chacun a son rôle, l'ASH fait le ménage, l'assistante sociale assiste socialement, le médecin prescrit les médicaments, l'éducateur pallie les carences éducatives, le psychomotricien mobilise le corps tandis que le psychologue part dans les limbes de l'esprit (bon, ceux-là on n'a pas encore compris à quoi ils pouvaient bien servir dans un hôpital psychiatrique), et les infirmiers font le reste (principalement boire le café et surveiller la pendule). Fini la confusion des rôles. Tout le monde sait bien qu'une femme de ménage n'a pas d'oreilles, qu'un psychologue n'a pas de mains et qu'un médecin est un scientifique sans âme.

L'Interne De Garde (IDG): une entité conceptualisée avec brio. Cet individu autodidacte aux multiples talents, dont celui de changer d'apparence physique toutes les 24h, afin de ne pas lasser son public, est joignable 24h/24 et 7j/7 au 06 07 40 ## ## pour la modique somme de 6,90 euros de l'heure (tarif HT).

Extrêmement performant, il vous fournira selon vos besoins un recadrage bien senti pour un patient ayant consommé du cannabis, un certificat d'examen somatique qu'il suffira de faire signer par un médecin inscrit au Conseil de l'Ordre, une prescription de 4 ampoules de Nozinan pour régulariser une injection, et bien d'autres choses encore !

Son seul défaut : un brin versatile, il pourra du jour au lendemain se montrer plus ou moins compréhensif, exigeant du cadre de santé de trouver un lit d'hospitalisation pour un patient alors que l'hôpital est plein comme un œuf, pour des motifs douteux et en dépit de tout bon sens.

Heureusement, avec la diminution progressive du nombre de ses différentes enveloppes corporelles, on peut espérer une augmentation inversement proportionnelle de la cohérence et de la reproductibilité de son raisonnement.

Nos chercheurs travaillent actuellement sur une nouvelle option de l'interne : la dissociation spatio-temporelle. Une partie de l'interne affecté à un service souffrant de surpopulation médicale pourrait ainsi être détachée vers un service manquant de temps médical.

Nous ne pouvons terminer ce bref aperçu de notre Présipauté sans dire un mot de ceux à qui ces concepts novateurs sont destinés : les patients (sans nous appesantir sur le sujet cependant, afin de ne pas sembler démagogiques). Rappelons simplement quelques notions de bon sens.

Le patient est caractérisé par sa patience. Rappelons-lui le sens de ce mot quand il demande sa sortie contre avis médical après seulement 4 jours d'hospitalisation sans avoir rencontré de médecin du service.

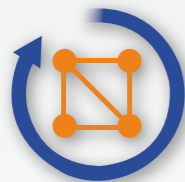
D'aucuns prétendent que la stabilité des professionnels serait un facteur majeur dans la prise en charge des patients. Ne soyons pas plus tordus qu'eux. Un infirmier c'est un infirmier. Un psy c'est un psy. Pourquoi voudriez-vous que des gens qui peuvent se sentir persécutés par une chaise ou avoir une conversation avec une télévision soient davantage perturbés par les nécessaires permutations de soignants ? Au contraire, ce sein brassage des équipes évite l'encroûtement et la perte d'objectivité.

Longue vie à notre Présipauté ! Puissent ses principes simples servir de modèle à d'autres hôpitaux où règne encore malheureusement un manque de pragmatisme affligeant, laissant libre cours aux pratiques les plus farfelues.

Marion Coiffard
Interne en Psychiatrie à Tours



LE RÉSEAU DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ



Créez gratuitement vos propres réseaux et rejoignez un grand nombre de réseaux de la santé



Communiquez avec de nombreux contacts



Recherchez des offres de recrutement et constituez votre nouveau plan de carrière



Gérez en toute liberté les informations de votre profil

MÉDICAPÉDIA

SANTÉ PUBLIQUE

Informez-vous grâce à la base de connaissances et participez à son enrichissement en devenant rédacteur



Rejoignez le réseau en vous inscrivant gratuitement sur www.reseauprosante.fr

L'ASSOCIATION HOSPITALIÈRE DE FRANCHE-COMTÉ

recrute pour son CHS - Etablissement Privé non lucratif - Certifié V2010 (de 1070 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 11 secteurs et intersecteurs sur un bassin de population de 500 000 habitants.

UN PSYCHIATRE

pour occuper un poste de Chef de Service prochainement vacant en psychiatrie générale pour son bassin Haut-Saônois (site de Saint-Rémy) sous le statut de Praticien Hospitalier en détachement (PH) ou sous le statut Convention Collective Nationale 1951 - FEHAP (CDI).

(www.ahfc.asso.fr)

Du fait de notre statut ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif), le détachement au sein de notre établissement est possible à tout moment de l'année dès lors que 3 ans d'exercice en service public ont été effectués depuis la 1ère nomination.

Poste à pourvoir au 1er juin 2012

Envoyer lettre + CV à :
AHFC
Direction 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
Mail : sylvie.lemarquis@ahfc.fr

Association Hospitalière de Franche-Comté



LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE

Association privée à but non lucratif recherche



Association Hospitalière Sainte-Marie

UN MEDECIN PSYCHIATRE

Salaire selon Convention Collective Fehap 51 - Poste à pourvoir rapidement.

Merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à :
CH Sainte Marie - Service Ressources Humaines
87 avenue Joseph Raybaud - BP 1519 - 06009 Nice Cedex 1
Tél. : 04.93.13.57.35 - e-mail : laetitia-cantoni@nice-groupe-sainte-marie.com

Groupement leader dans la gestion hospitalière, nous apportons une couverture de qualité dans le domaine psychiatrique sur le quart Sud Est de la France.

TEMPS PLEIN
TEMPS PARTIEL

La Fondation Bon Sauveur d'Alby

ESPIC renommé dans la psychiatrie



Recrute à Temps Plein au sein d'une équipe de 50 ETP de psychiatres 3 POSTES DE MÉDECIN PSYCHIATRE

dans des unités diverses telles que unité pour malades difficiles, aux urgences psychiatriques, les services de réhabilitation

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

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

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



L'EPSM LILLE-MÉTROPOLE RECRUTE

Pour son Département d'Information et de Recherche Médicale

→ un médecin de santé publique ou psychiatre

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

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



Et si vous décidiez de travailler au Grand-Duché de Luxembourg?

Êtes-vous prêt(e) à relever un nouveau défi?
Êtes-vous prêt(e) à rejoindre une équipe multidisciplinaire?

Dans un contexte de réforme et de développement stratégique, nous recherchons des

psychiatres et pédopsychiatres (m/f)
à plein temps ou à temps partiel et à durée indéterminée

Découvrez plus d'informations et toutes nos offres d'emploi sur www.chnp.lu/jobs

Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
drh@chnp.lu
tél.: (+352) 2682 2636

Service des Ressources Humaines
Boîte postale 111
9002 Ettelbruck
Luxembourg



Association L'Élan Retrouvé Recherche
Établissements spécialisés en santé mentale (adultes et adolescents) participant au service public hospitalier recrute pour ses établissements situés en Ile de France

- **1 MEDECIN PSYCHIATRE CHEF DE SERVICE**
Soit 1 temps plein en psychiatrie infanto juvénile partagé en 2 mi temps à ANTONY (92) et à Fontenay aux Roses (92)
- **1 MEDECIN PSYCHIATRE**
Soit 1/2 temps en psychiatrie infanto juvénile au Centre Françoise Grémy (Paris 15è)

C.D.I. - C.C.N. 51 - Possibilité de détachement pour un praticien hospitalier

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

ITEP 77 (ÉTABLISSEMENT UGECAM)
Accueille enfants & ado avec troubles psychologiques recherche pour ses services (H/F) :

- **2 MÉDECINS PSYCHIATRE** 8h/ sem CDI - Melun & Coulommiers (16/18KE annuel brut)
- **1 MÉDECIN PSYCHIATRE** 15h/sem CDI Bois le Roi (30/33KE annuel brut)

Merci d'adresser votre candidature à UGECAMIDF
POLE ITEP Mme STITZ - 21 rue Verte 94400 Vitry sur Seine
ou kstiz@ugecamidf.fr- tél 0146811900



GROUPE ILE-DE-FRANCE
UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

LE CENTRE HOSPITALIER DE FAINS-VÉEL



notre métier votre santé

RECHERCHE UN PÉDOPSYCHIATRE
pour développer et renforcer l'offre de soins sur le territoire du sud meusien-55.

Situés à 1h00 de Nancy et 1h45 de Paris, la ville de Bar-le-Duc et ses environs bénéficient d'un cadre de vie agréable, avec des offres de culture et de loisirs de qualité.

Le projet médical a validé plusieurs axes d'actions :

- Développer la prise en charge des moins de 5 ans ;
- Organiser la prise en charge des troubles envahissants du développement ;
- Développer la prise en charge des adolescents (équipe mobile, Resadom) ;
- Renforcer les liens du sanitaire et du médico-social.

Le territoire couvre les villes de Bar-le-Duc, Commercy et Saint-Mihiel. Une structure moderne associant le CAMSP et l'hôpital de jour sera réalisée à compter de 2012 sur Bar-le-Duc. Les équipes paramédicales, de rééducation sont complètes et attendent un professionnel motivé pour compléter une équipe de deux pédopsychiatres.

Recrutement sur un statut d'assistant, de praticien Hospitalier ou de praticien contractuel.

Contact : **Xavier FAURE, DRH**
03.29.45.86.94
xfaure@pssm.fr

LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE
Association privée à but non lucratif recherche



UN MEDECIN PSYCHIATRE
POUR LE SMPR (SERVICE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE RÉGIONAL)
Salaire selon Convention Collective Fehap 51 - Poste à pourvoir rapidement.

Temps Plein
Temps Partiel

Merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à :
CH Sainte Marie – Service Ressources Humaines
87 avenue Joseph Raybaud – BP 1519 – 06009 Nice Cedex 1
Tél. : 04.93.13.57.35 - e-mail : laetitia-cantoni@nice-groupe-sainte-marie.com

Groupement leader dans la gestion hospitalière, nous apportons une couverture de qualité dans le domaine psychiatrique sur le quart Sud Est de la France.

Clinique de Saumery
RECRUTE 1 PSYCHIATRE SALARIÉ
Pays de Chambord, à 15 kilomètres de Blois, la clinique de Saumery dispose d'atouts importants :

- 1. Clinique de petite taille, activité diversifiée**
 - Hospitalisation temps plein
 - 42 lits non sectorisés de psychiatrie adulte
 - 8 lits sectorisés de psychiatrie de l'adolescent (dispositif soins et intégration scolaire)
 - Alternative à l'hospitalisation
 - 10 places d'hospitalisation de jour
 - Appartement associatif de 3 places
 - Travail en réseau avec nombreuses associations locales : Croix Marine, SAMSAH, SAVS, GEM...
- 2. Projet solide basé sur les principes de la Psychothérapie institutionnelle**
 - Club thérapeutique
 - Association de formation permanente du personnel (Association Culturelle)
 - Hétérogénéité des pratiques, des techniques de soin, des modalités d'investissement thérapeutique.
 - Hétérogénéité des pathologies, des durées de séjours, des âges, des projets.
 - Psychothérapie analytique et réhabilitation psychosociale.
 - Pôle Recherche et enseignement en plein développement.
- 3. Gestion autonome et indépendante (SARL Clinique Médicale du Centre)**
 - Equipe de direction nouvelle et motivée
 - Fort potentiel de développement
 - Service qualité, dispositifs thérapeutiques et logistiques accrédités
 - Conventonnement sécurité sociale


Le psychiatre aura à développer sa singularité professionnelle au sein d'un exercice institutionnel exigeant du point de vue psychodynamique.

1 garde sur place par semaine, 1 garde de week-end par mois.

Statut salarié, convention collective FHP+prime de déménagement et intéressement.

Remplacements possibles et proposés au début pour faire connaissance.

Conctacter le Dr Antoine Fontaine
Tél. : 02 54 51 28 28
Mail : afontaine@saumery.fr
Site : cliniquesaumery.com





CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE NORD DAUPHINE

→ À COMPTER DU 1ER AVRIL 2012

Recrute 2 Médecins Psychiatres,

Etablissement "ESPIC", Nord-Isère (proche Lyon). Gestion de 3 secteurs de psychiatrie adultes, avec notamment 4 unités d'hospitalisation, 7 CMPA, 3 hôpitaux de jour, 1 foyer thérapeutique. Convention FEHAP.

Le médecin psychiatre est sous la responsabilité du médecin chef de secteur. Participation et collaboration aux différentes activités des unités fonctionnelles intra ou extra hospitalières. Participation aux astreintes médicales

Candidature : Didier FREMY - Centre Psychothérapique Nord Dauphiné
100 Avenue du Médipôle - 38307 Bourgoin-Jallieu Cédex
T : 04 74 83 53 00 - Mail : fremy.didier@cp-nord-dauphine.fr

(www.cp-nord-dauphine.fr)



LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE

Association privée à but non lucratif
recherche

UN MEDECIN PSYCHIATRE

POUR L'USIP (UNITÉ DE SOINS INTENSIFS PSYCHIATRIQUES)
Salaire selon Convention Collective Fehap 51 - Poste à pourvoir rapidement.

Temps plein
Temps partiel

Merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à :
CH Sainte Marie – Service Ressources Humaines
87 avenue Joseph Raybaud – BP 1519 – 06009 Nice Cedex 1
Tél. : 04.93.13.57.35 - e-mail : laetitia-cantoni@nice-groupe-sainte-marie.com

Groupement leader dans la gestion hospitalière, nous apportons une couverture de qualité dans le domaine psychiatrique sur le quart Sud Est de la France.



LE CENTRE HOSPITALIER DE MOULINS-YZEURE (ALLIER)

1^{er} ETABLISSEMENT DE SOINS DE LA REGION AUVERGNE (hors CHU)
CERTIFIE V3 SANS RESERVE - 1096 lits et places
VILLE DE PREFECTURE à 2H30 de Paris et de Lyon - IH de Clermont-Ferrand

*Facilité de logement,
Projet de crèche*

RECHERCHE

→ 2 PSYCHIATRES

POUR SES SECTEURS DE PSYCHIATRIE ADULTE POLYVALENTE
(260 lits et places)

Pour son site d'YZEURE spécialisé en Psychiatrie
3 kms de Moulins - www.ville-moulins.fr

www.ch-moulins-yezure.fr

**Activité extra et
intra hospitalière**
Consultations en CMP
Travail en réseau



POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONTACTER : LES CANDIDATURES ET CV SONT
A ADRESSER A :
Mme la Directrice des Affaires Médicales
C.H. de MOULINS-YZEURE
10 avenue du Général de Gaulle - BP 609
03006 MOULINS CEDEX - Tél : 04.70.35.79.71
Email : affaires-medicales@ch-moulins-yezure.fr

M. le Dr Jean-Philippe GIDON,
Chef du pôle de psychiatrie
Tél : 04.70.35.34.25
Email: jp.gidon@ch-moulins-yezure.fr



CENTRE HOSPITALIER DE MONT DE MARSAN

Présentation de la ville :
La ville de Mont-de-Marsan surnommée « la Ville aux Trois Rivières » fut fondé au XII^{ème} 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 restant les plus répandues.

Centre Hospitalier, Avenue Pierre de Coubertin, 40 024 Mont-de-Marsan Cedex

NOUS RECRUTONS 1 PSYCHIATRE

POUR COMPLETER NOS EQUIPES MEDICALES
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)

Convivialité, hospitalité et esprit de fête complètent ce portrait d'un département en tout point accueillant.



• 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, aureore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr et affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr

LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE DE PRIVAS,

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

PSYCHIATRES à temps plein ou à temps partiel

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

Renseignements concernant les fonctions auprès du :

Directeur (04 75 20 15 10), ou du Docteur Lamolinerie, président de CME (04 75 20 14 41)

Candidature avec lettre et CV par courrier à :

M. le Directeur Centre Hospitalier Sainte-Marie 19, cours du temple, BP 241 07002 Privas cedex
ou par mail à direction@privas-groupe-sainte-marie.com



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.

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 selon les modalités de la Convention Collective CCN51.

Possibilité de nomination au poste de chef de service.

Participation au tableau de garde.
Possibilité de logement.



• MEDECIN GENERALISTE H/F (Urgent)

Prise en charge des patients d'un service d'enfants de 17 lits à orientation nutritionnelle.

Rémunération selon les modalités de la 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 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.

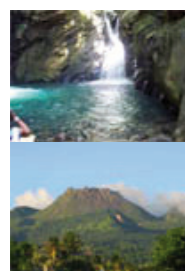
Activités :

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'Établissement - vincent.fournel@ch-monteran.fr - 0590 80 52 64 / 0690 61 05 64

Bureau de l'AFFEP, année 2012-2013

Présidente :

Déborah Sebbane (deborah.sebbane6@gmail.com ; Lille)

Vice-Présidente :

Aurélie Berger (berger.aurelie@yahoo.fr ; Lyon)

Secrétaire :

Malaïka Lasfar (malaikalasfar@yahoo.fr ; Rouen)

Trésorier :

Xavier Jégouzo (j-ex@hotmail.fr ; Rouen)

Coordination nationale :

Clara Merchin (claramerchin@yahoo.fr ; Paris)

Délégués syndicats :

Lucie Chauvelin (lulu.chauvelin@orange.fr ; Reims)

Alice Vignes (alice.vignes@gmail.com ; Paris)

Délégués EFPT :

Clara Feteanu (clara.feteanu@hotmail.fr ; Paris)

Adrien Pontarollo (adrien.pontarollo@free.fr ; Grenoble)

Webmaster :

Guillaume Glaçon (guillaume.glacon@free.fr ; Tours)

L'AFFEP c'est un bureau, 7 référents inter-régionaux, 26 référents régionaux, 1000 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