



Le psy Dechaîne

Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie

N°7 - Août 2012

SYNDROME D'ASPERGER ET CRIMINALITÉ

Focus : Lyon

**Interview
d'un JLD**

Kezako ? L'ARTAAS



Chers lecteurs,

La toute nouvelle équipe est fière de vous présenter sa première œuvre journalistique.

Vous l'attendiez depuis des mois, vous en avez rêvé, il est là, tout beau, tout chaud, tout juste sorti de l'imprimerie, voici votre Psy Déchaîné n°7.

Dans cette édition estivale exceptionnelle, vous trouverez la présentation des membres charismatiques du tout nouveau bureau de l'AFFEP. Qui sont-ils vraiment ? Que font-ils au juste ? Quel est leur thème astral ? Vous allez enfin pouvoir découvrir nos visages tous plus photogéniques les uns que les autres (il a fallu 12h de shooting et 6 mois de retouches numériques pour arriver à ce résultat).

Nouveau bureau, nouvelle équipe hyper-motivée, nouveau style, ce n°7 est à la fois dans la continuité des précédents avec des rubriques désormais cultes et en perpétuelle évolution. Le journal

préférés des internes de psy est en effet un « work in progress » et nous sommes ouverts à toute suggestion/contribution de votre part. Soumettez-nous vos articles, billets d'humeur, coups de gueule... en un mot : exprimez-vous !

Nous avons tenté de réunir des articles de fond, des infos pratiques, des jeux débiles et surtout de garder le ton décalé et l'auto-dérision indispensables à notre spécialité.

A feuilleter nu sur la plage en sirotant un Blue Lagoon ou dans une chambre de garde étendu sur un matelas plastifié qui couine dès qu'on remue un orteil...

Le Psy déchaîné n°7 est à vous !

Adrien PONTAROLLO

*Interne, DES de psychiatrie, Grenoble
Membre du bureau de l'AFFEP*

■ Edito : le mot de la prez'	01
■ L'AFFEP a un nouveau bureau	02
■ Question en formation	04
■ Focus sur une ville : Lyon	10
■ De la crise à l'urgence	12
■ Interview d'un JLD	14
■ Psychothérapies	17
■ Késako ?! : L'ARTAAS	24
■ Syndrome d'Asperger et Criminalité	26
■ Agenda des congrès	28
■ BD : La vérité sort de la bouche des patients	29
■ Annonces de recrutement	30

Présidente :
Déborah SEBBANE, deborah.sebbane6@gmail.com

Vice-présidente :
Aurélië BERGER-VERGIAT, berger.aurelie@yahoo.fr

Secrétaire :
Malaïka LASFAR, malaikalasfar@yahoo.fr

Trésorière :
Xavier JEGOUZO, jegouzoaxavier@yahoo.fr

Coordination nationale :
Clara MERCHIN, claramerchin@yahoo.fr

Délégués EFPT :
Clara FETEANU, clara.feteanu@hotmail.fr
Adrien PONTAROLLO, adrien.pontarollo@free.fr

Délégués syndicats :
Alice VIGNES, alice.vignes@gmail.com
Lucie CHAUVELIN, lulu.chauvelin@orange.fr

Webmaster :
Guillaume GLACON, guillaume.glacon@free.fr

Rédactrices en chef :
Aurélië BERGER, Clara FETEANU et Déborah SEBBANE

Ont participé à ce journal :
Marion AZOULAY, Xavier BENAROUS, Aurélië BERGER, Clara FETEANU, Guillaume GLACON, Camille JANTZI, Xavier JEGOUZO, Malaïka LASFAR, Adrien PONTAROLLO, Déborah SEBBANE, Aude Van EFFENTERRE

Bande dessinée : Claire FARINA, référente AFFEP de Rennes
1ère de couverture : Guillaume GLACON

Régie publicitaire :
Macéo édition, M. TABTAB, Directeur
Tél : 01 53 09 90 05 - 11, bd Ornano - 75018 Paris
maceoeditions@gmail.com
Imprimé à 2500 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.

ÉDITO le mot de la prez

Vous le savez, l'AFFEP a élu son nouveau bureau le 30 mars dernier, c'est avec un grand honneur et émotion que je pose mes premiers mots de prez' dans l'édito de ce 7ème Psy Déchaîné (et oui déjà !) C'est aussi avec beaucoup d'enthousiasme et beaucoup d'énergie que nous reprenons ce flambeau associatif, que tous les anciens AFFEP'iens se sont passés avec brio et que nous voulons porter à notre tour.

En effet, depuis plus de 10 ans, l'AFFEP se développe au gré des différents bureaux qui la composent et s'enrichit chaque année un peu plus de nouveaux projets pour l'interne en psychiatrie et sa formation.

Je profite de ce regard rétrospectif pour féliciter avec beaucoup de sincérité nos prédécesseurs pour leur travail associatif accompli ; un travail dantesque, qui a permis à l'AFFEP de se propulser et d'être l'association reconnue qu'elle est aujourd'hui. La naissance d'un journal à diffusion nationale, la création de multiples partenariats, l'augmentation du nombre d'adhésions (à 1000 environ... !), la présence de référents régionaux dans toutes les associations locales et les débuts d'un travail commun avec nos universitaires sont tant d'actions que l'ancien bureau a mené à son terme et nombre de projets lancés que nous aurons à cœur de poursuivre et que nous tenterons, en toute humilité, de développer encore.

Les différents sujets dont traite l'AFFEP sont en effet multiples et nous continuerons à mettre l'accent sur l'amélioration de notre formation. Mais l'AFFEP, c'est aussi toute cette dimension associative et fédératrice à travers laquelle nous souhaitons vous permettre d'échanger, de partager, de discuter et espérons perpétuer un enrichissement mutuel à travers la diversité de nos pratiques et nos empreintes culturelles régionales.

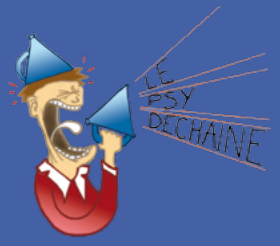
Aujourd'hui, c'est tout ce vif enthousiasme que nous voulons vous transmettre et aussi cette envie de poursuivre un travail collectif de qualité en continuant à vous représenter du mieux possible.

Encore un grand bravo à l'ancien bureau ! et un grand merci de nous accorder votre confiance pour continuer cette aventure...

En vous souhaitant à toutes et à tous une très bonne lecture...

Déborah SEBBANE,
Présidente de l'AFFEP





L'AFFEP

a un nouveau bureau

La dissolution et la réélection du bureau le 30 mars dernier a occasionné son remaniement et l'arrivée d'une nouvelle équipe, zélée, motivée et encore exaltée par ses nouvelles fonctions. Présentons-nous brièvement...



Présidente

Déborah SEBBANE

En place après les 2 années charismatique de Aude Van Effenterre, sa tâche est lourde mais ses épaules solides.

« Si vous voulez que vos rêves se réalisent, ne dormez pas. »



Vice-Présidente

Aurélié BERGER

Forte de son expérience de trésorière, elle fait équipe avec Déborah dans un duo hétérocyte et motivé !

« Qui ne sait être fou n'est pas sage. »



Secrétaire

Malaïka LASFAR

Elle vous permet de suivre toute l'actualité de l'association (à suivre sur le site de l'AFFEP) et ses mains habiles de dactylographe vous permettent la consultation des comptes-rendus de chacune de nos réunions.

« Il vaut mieux mobiliser son intelligence sur des conneries que mobiliser sa connerie sur des choses intelligentes. »



Trésorier

Xavier JÉGOUZO

Il veille au grain pour que l'association garde son équilibre financier.

« Je n'ai pas les moyens de perdre mon temps à gagner de l'argent. »

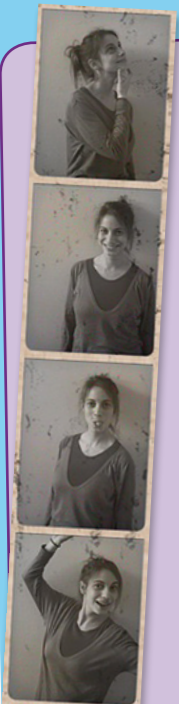


Coordination Nationale

Clara MERCHIN

Véritable fil d'Ariane entre les référents régionaux, interrégionaux et le bureau, sans elle, la toile tissée par l'association sur le territoire français ne pourrait tenir.

« Ne laisse personne te convaincre que tes rêves sont trop grands »



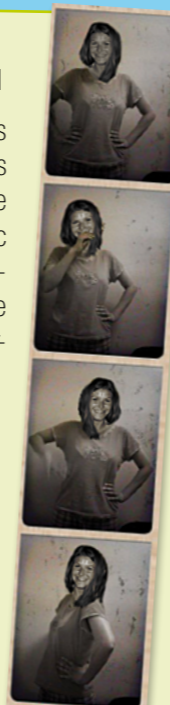
Lien avec les syndicats

Alice VIGNES et Lucie CHAUVELIN

Parce qu'il y a de hautes instances au-dessus de nos petites têtes qui prennent de grandes décisions concernant notre discipline et notre formation, nous tentons de faire le lien avec ceux qui défendent nos intérêts : les syndicats, d'internes bien sûr mais également de psychiatres installés. Le but : vous tenir informés mais aussi lancer le débat !!

Alice : *« La vraie générosité envers l'avenir consiste à tout donner au présent. »*

Lucie : *« The past is history, the future is a mystery, but today is a gift-that's why they call it the present »*



Délégués EFPT (European Federation of Psychiatric Training)

Adrien PONTAROLLO et Clara FETEANU

Leurs fonctions les obligent à passer leurs vacances avec les internes des 4 coins de l'Europe... ! Mais surtout, à nous représenter auprès de nos collègues européens pour permettre l'amélioration continue de notre formation.

Clara : *« la vérité, c'est qu'il n'y a pas de vérité »*

Adrien : *« Ne jugez pas, contentez-vous de ne pas comprendre. »*

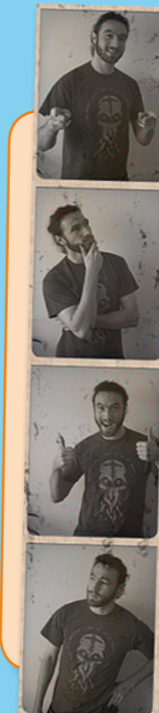


Webmaster

Guillaume GLAÇON

Geek procrastinateur comme tout webmaster qui se respecte, assure régulièrement les mises à jour de notre site pour maintenir l'association à la pointe de la modernité.

« Procrastinateur / про.крас.ти.на. тов / masculin, (Psychologie) Personne qui remet toujours à demain ce qu'elle peut réaliser avec une seule. »





Psychiatres de demain, formation(s) d'aujourd'hui : état des lieux de la formation du D.E.S. de psychiatrie

Le 10 mai 2011 a eu lieu la première rencontre entre le Collège national universitaire de psychiatrie (Cnup) et l'Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (Affep) à laquelle étaient conviés les coordonnateurs locaux du Diplôme d'études spécialisées (D.E.S.) de psychiatrie et les référents Affep de chacune des 26 villes d'internat. Cette journée était dédiée à un travail de réflexion sur les enseignements proposés aux futurs psychiatres. Dans l'optique de préparer cette journée de travail, l'Affep a établi un état des lieux de la formation du D.E.S. de psychiatrie en France métropolitaine à partir de différentes données recueillies, en 2011, auprès de ses référents locaux. Les résultats de cette enquête ont été présentés lors de cette journée [1].

Introduction

Chaque région française a ses coutumes et ses spécialités culinaires... Et bien, il en est de même pour le D.E.S. de psychiatrie ! Certes, une maquette est décrite, de façon très succincte, dans le Bulletin Officiel n° 39 du 28 octobre 2004 (encadré 1) [2]. Néanmoins, chaque région est sous la responsabilité du coordonnateur régional du D.E.S. qui est le seul à même de déterminer, à partir de ce programme officiel, les modalités théoriques et pratiques de la formation des internes.

Objectifs et méthodologie de l'enquête

Afin de connaître avec plus de précisions l'organisation de la formation du D.E.S. de psychiatrie et les différences qui peuvent exister entre les villes, l'Affep a mené une enquête auprès de ses 26 référents locaux. À l'exception de la ville de Limoges, l'ensemble des référents (soit 25) a répondu à cette enquête centrée sur quatre aspects de la formation des internes :

- la formation théorique avec l'organisation de l'enseignement universitaire, ses modalités pratiques et la diversité des cours dispensés ;
- la formation pratique avec les différents terrains de stages offerts aux internes, la possibilité (ou l'obligation) d'effectuer des stages hors-filières et l'accès (ou non) à une supervision ;

- l'accompagnement des internes au cours de leur cursus (réunion d'accueil et tutorat) et la communication entre responsables de l'enseignement universitaire et représentants des internes ;

- les modalités de validation du D.E.S. de psychiatrie.

Dans cette enquête sont distinguées deux parties : **une quantitative**, où les référents locaux ont répertorié ce qui existe dans leur ville d'internat (nombre et thèmes des séminaires, nombre de stages dans certains domaines de l'exercice psychiatrique, nombre de stage(s) hors-filière(s) obligatoire(s), modalités de validation du D.E.S., existence d'une réunion d'accueil et/ou d'un système de tutorat, etc.) et **une qualitative**, où ils ont transmis le ressenti des internes quant à la formation reçue (en guise d'exemple, il leur était demandé de citer les trois principaux atouts et inconvénients de leur formation).

Résultats

Coopération interrégionale parfois...

Dans le cadre du D.E.S. de psychiatrie, la France est divisée en huit interrégions (figure 1) : l'Île-de-France, qui représente une interrégion à elle toute seule ; le Nord-Est composé de Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg ; le Nord-Ouest dont les quatre villes sont regroupées sous le nom de G4 (Amiens, Caen, Lille et Rouen) ;

Bulletin officiel n° 39 du 28 octobre 2004, D.E.S. de psychiatrie.

DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE PSYCHIATRIE - DURÉE : QUATRE ANS

I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)

A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en psychiatrie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en psychiatrie.

B) Enseignements spécifiques

- Développement et physiologie du système nerveux ;
- Principes de génétique appliqués à la psychiatrie ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en psychiatrie ;
- Neurobiologie des comportements ;
- Histoire de la psychiatrie et évolution des concepts ;
- Modèles théoriques de référence : biologique et neuroanatomique, comportemental et cognitif, psychanalytique, systémique...
- Critères de diagnostic et classification des maladies mentales ;
- Épidémiologie, sémiologie descriptive et psychopathologie des grands syndromes psychiatriques de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée ;
- Grands cadres sémiologiques et nosologiques en neurologie ;
- Toxicomanies et dépendances ;
- Thérapeutiques biologiques, socio-éducatives, institutionnelles ; psychothérapie et thérapies familiales ;
- Organisation et prise en charge des urgences psychiatriques ;
- Psychiatrie légale.

II - Formation pratique

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de psychiatrie, dont un au moins doit être accompli dans un service hospitalo-universitaire ou conventionné. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Deux semestres dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

C) Deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires que le diplôme d'études spécialisées de psychiatrie ou le diplôme d'études spécialisées complémentaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

encadré 1

Le Rhône-Alpes composé de Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon et Saint-Étienne ; le Grand Ouest dont les six centres hospitalo-universitaires – CHU – (Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours) se sont regroupés en une structure de coordination : le groupe Hôpitaux universitaires Grand Ouest (HUGO) ; le Sud composé d'Aix-Marseille, Montpellier et Nice ; le Sud-Ouest composé de Bordeaux, Limoges, Toulouse et de l'océan Indien ; et enfin les Antilles-Guyane.

L'enquête montre que, au sein de ce découpage géographique, 20 villes sur 24 (Paris ne pouvant pas être incluse, constituant en elle-même la seule ville de l'interrégion) bénéficient de cours en interrégions. Ainsi, le Sud-Ouest et les villes de Lille et d'Amiens ne proposent pas de cours en interrégion. Les internes concernés apprécient ou non ces cours selon les intervenants et leur engagement dans la formation, mais également selon la distance kilométrique à parcourir.

Figure 1. Interrégions

Île-de-France	Île-de-France
Nord-Est	Strasbourg - Nancy - Besançon - Dijon - Reims
Nord-Ouest	Rouen - Caen - Lille - Amiens
Rhône-Alpes Auvergne	Grenoble - Lyon - Saint-Étienne - Clermont-Ferrand
Ouest	Angers - Brest - Rennes - Nantes - Tours - Poitiers
Sud	Aix - Marseille - Nice - Montpellier
Sud-Ouest	Océan Indien - Bordeaux - Toulouse - Limoges
Antilles-Guyane	Antilles-Guyane

En effet, le temps de trajet peut parfois être plus long que la durée du cours lui-même ! Parfois, ces cours en interrégions ont un caractère obligatoire ; on peut citer les exemples des villes composant le Grand Ouest et le Rhône-Alpes.

Par ailleurs, les internes des six villes constituant le Grand Ouest se réunissent, chaque année, lors de regroupements interrégionaux de psychiatrie où les internes de première, deuxième et troisième années présentent leur mini-mémoire. Ces journées annuelles sont l'occasion, pour les internes comme pour les enseignants, de se rencontrer et d'échanger.

Dans le même sens, les échanges de stages permis par le regroupement HUGO facilitent la mobilité en permettant aux internes des six villes en question d'effectuer un semestre dans une autre ville de l'interrégion.

Diversité régionale souvent...

Formation théorique Formats des enseignements

La formation théorique est principalement basée sur la participation des internes à des séminaires. Ce terme de « séminaire » regroupe des formats de cours très variés : cours magistraux, séances de bibliographies, lectures de textes, cas cliniques ou journées de formation dans la grande majorité des villes. On retrouve également des présentations vidéo et des jeux de rôle, souvent bien appréciés des internes dans les villes où ils sont dispensés, soit, respectivement, 15 et 12 villes d'internat.

Diversité des enseignements

Cette hétérogénéité de la formation théorique se retrouve également dans le nombre et les thèmes des séminaires. Ainsi, le nombre de séminaires proposés varie de sept à 40 par ville. En ce qui concerne les thèmes de ces enseignements : en psychiatrie adulte, les troubles anxieux, les psychoses et les troubles de l'humeur sont ensei-

gnés dans toutes les villes ; les troubles de la personnalité dans 20 villes sur 25. La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est enseignée dans toutes les villes mais la psychiatrie périnatale dans seulement 11 villes sur 25. La psychiatrie du sujet âgé est enseignée dans la moitié des villes (13 sur 25). Enfin, la pharmacologie fait l'objet d'un enseignement dans 22 villes sur 25 mais l'histoire de la psychiatrie et l'éthnopsychiatrie ne sont enseignées que dans seulement neuf villes sur 25. Cette hétérogénéité rejoint celles retrouvées dans les enquêtes menées par l'Affep en 2009 sur la formation à la recherche [3, 4] et en 2010 sur la formation aux psychothérapies [5] ; en effet, ces deux enquêtes faisaient le constat d'une formation particulièrement inégale en fonction de la région d'internat.

Caractère obligatoire ou non obligatoire des enseignements

En ce qui concerne le caractère obligatoire des enseignements, il existe à nouveau une grande diversité. En effet, dans certaines villes aucun séminaire n'est obligatoire. Dans d'autres, certains séminaires sont obligatoires et d'autres sont facultatifs ; ainsi, à Paris, il y a un séminaire, dit « de base », obligatoire et cinq séminaires optionnels à valider en plus. Ce nombre de séminaires à valider varie aussi d'une ville à l'autre, les internes de Besançon, Nancy, Reims et Strasbourg ayant, par exemple, l'obligation d'en valider 16 en quatre ans.

Organisation des enseignements

Sur le plan strictement organisationnel, les régions ont également des modes de fonctionnement très différents. Il existe, en effet, certaines villes dans lesquelles un jour de cours est fixé dans la semaine (le vendredi pour les internes de première année et le lundi pour les internes de deuxième année à Rouen, par exemple), d'autres dans lesquelles des journées annuelles sont dédiées à l'enseignement (12 jours de cours par an à Marseille, par exemple), d'autres, encore, où les séminaires se déroulent

en soirée ou le week-end avec une fréquence variable (hebdomadaire, mensuelle, etc.).

Formation pratique

Stages

Si l'on s'intéresse maintenant aux stages agréés pour le D.E.S., la plupart des internes de psychiatrie ont accès, outre l'exercice dans des services dits « classiques » de secteur ou de CHU, à une pratique de liaison et d'urgences. En revanche, seules trois villes ont mentionné des postes d'internes proposés dans le secteur médicosocial (Nancy avec un stage en Protection maternelle et infantile, Caen avec un stage en Foyer d'accueil médicalisé [FAM] et en Bureau d'aide psychologique universitaire [BAPU] et Toulouse avec possibilité d'effectuer un stage en FAM). En ce qui concerne les terrains de stages plus spécifiques : presque toutes les villes (23 sur 25) offrent des postes en addictologie ; 21 villes proposent des postes en Services médicopsychologiques régionaux (SMPR) ;

18 en psychiatrie du sujet âgé ; 13 en unités mère-bébé et quatre en Unités pour malades difficiles (UMD), soit quatre UMD sur les cinq existantes à l'heure actuelle. Enfin, les internes d'Amiens, Brest, Paris et Toulouse peuvent découvrir l'hospitalisation psychiatrique à domicile. Nous pouvons également souligner qu'il existe des stages aménagés pour effectuer un Master 2 de recherche dans neuf villes d'internat (figure 2).

Stages hors-filière

Le Bulletin officiel de 2004 stipule également que, sur les huit semestres d'internat, deux doivent être effectués dans des services agréés pour d'autres D.E.S. ou Diplôme d'études spécialisées complémentaires (D.E.S.C.) que le D.E.S.C. de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; on parle alors de stages hors-filière, c'est-à-dire hors de la filière psychiatrie. En pratique, cela n'est, heureusement, pas appliqué dans la majorité des villes.

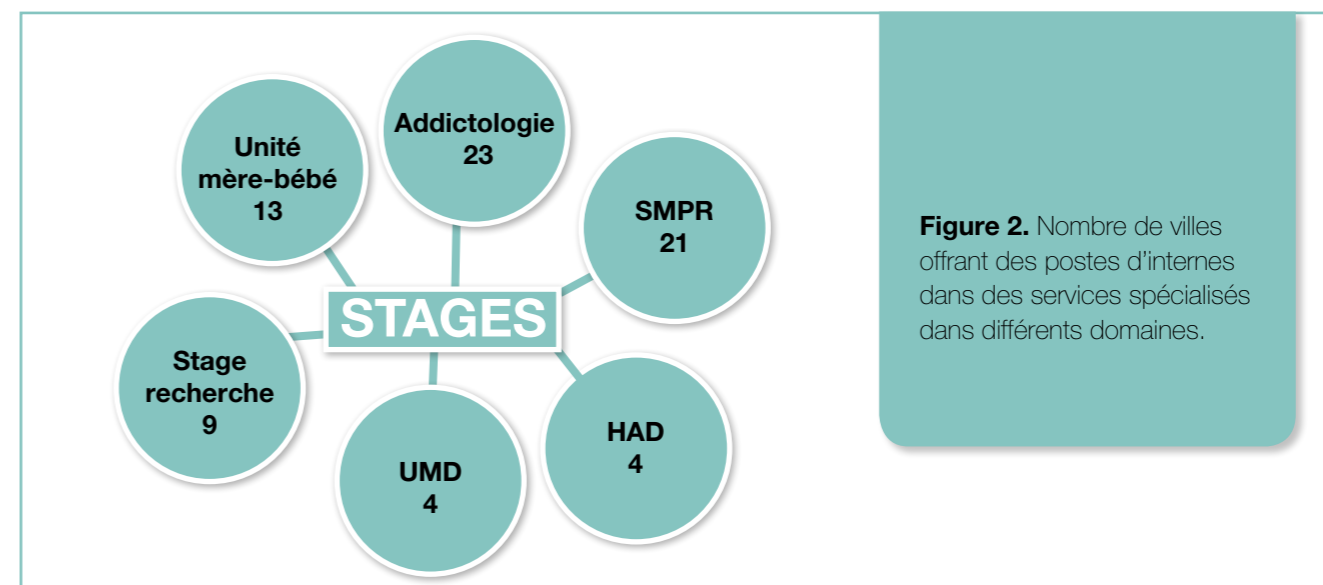


Figure 2. Nombre de villes offrant des postes d'internes dans des services spécialisés dans différents domaines.

En effet, le stage hors-filière est obligatoire dans neuf villes (Angers, Brest, Clermont-Ferrand, Lyon, Marseille, Montpellier, Poitiers, Rennes et Tours) où l'interne n'est tenu d'en faire qu'un seul (ou alors le deuxième stage hors-filière s'effectue dans un terrain de stage ayant un double agrément).

Supervision

En ce qui concerne la supervision (temps réservé à un échange avec un sénior à propos des difficultés dans la relation thérapeutique entre l'interne et le patient), certains PU-PH ont mis en place, à Paris, un système de supervision sous forme de séminaires organisés en dehors des stages. Peu de villes offrent cette possibilité pourtant très

intéressante. Cette inégalité d'accès à une supervision en dehors des stages rejoint les différences observées dans l'enquête de l'Affep de 2010 où seule la moitié des internes (51 %) déclaraient avoir accès à une supervision en stage [5]. Ce chiffre variait de 19 % à Grenoble à 81 % à Nantes, alors que la quasi-totalité des internes répondants (97 %) estimaient la supervision comme nécessaire durant leur internat.

L'accompagnement des internes au cours de leur cursus

Réunions d'accueil

Pour accompagner les jeunes psychiatres en formation dans les premiers temps de leur internat, l'université et



le coordonnateur local du D.E.S. de psychiatrie organisent dans 19 des villes universitaires une réunion d'accueil qui leur est dédiée. Cette rencontre peut parfois, comme c'est le cas à Lyon ou à Rouen, être commune à tous les nouveaux internes, regroupant ainsi les internes des différentes spécialités.

Tutorat

Par ailleurs, seules deux villes ont mis en place un système de tutorat effectif (appelé « educational supervision » par nos confrères anglophones) : Besançon et Toulouse. À Besançon, ce tutorat s'effectue par groupes de un à trois internes et a lieu systématiquement une à deux fois par an, parfois plus fréquemment à la demande des internes ; il est assuré par des professeurs des universités, des praticiens hospitaliers de CHU et des chefs de clinique-assistants, chaque interne gardant le même tuteur pendant tout son internat. À Toulouse, ce tutorat a lieu de façon régulière et est assuré par trois PU-PH.

Les modalités de validation

Concernant les modalités de validation du D.E.S. de psychiatrie, on observe, encore une fois, de nombreuses disparités selon les régions françaises (tableau 1). La thèse de médecine est l'étape inévitable (et mémorable) pour tout le monde. Dans la grande majorité des régions (20 villes sur 25), chaque interne doit également rédiger et soutenir un mémoire durant son cursus ; celui-ci est soit clinique, soit laissé au libre choix de l'interne (mémoire de recherche ou revue de la littérature par exemple). Dans dix villes se surajoute la rédaction de « mini-mémoires » (présentation clinique ou revue de la littérature) ; selon les villes concernées, d'un à six mini-mémoires sont nécessaires à la validation du D.E.S. Par ailleurs, les internes ont un examen oral à passer (en général, en fin de deuxième année) dans sept villes : Amiens, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon, Rennes, Saint-Étienne et Strasbourg. Enfin, les internes de Caen, Clermont-Ferrand, Grenoble et Lyon doivent s'acquitter d'un examen écrit en première ou deuxième année.

Discussion et perspectives

Cet état des lieux décrivant les différents aspects de la formation en psychiatrie des internes français, associé aux questions ouvertes posées aux référents (« Quels sont les trois principaux atouts et les trois principaux problèmes de la formation dans votre ville ? »), permet de définir les aspects positifs de la formation et les points qui méritent d'être améliorés dans le cadre du D.E.S. de psychiatrie.

Les atouts de la formation

Point essentiel, les internes se déclarent satisfaits lorsque leur enseignement universitaire met en avant et valorise la diversité des approches théoriques (analytique, cognitivo-comportementale, systémique, transculturelle, institutionnelle, etc.), loin des clivages et des conflits qui ont pu exister entre les différentes écoles. À l'inverse, lorsque leur formation est trop orientée vers un courant au détriment des autres, les internes ont l'impression de recevoir une vision trop restreinte, et donc appauvrie, de notre spécialité.

Ensuite, les internes apprécient particulièrement les cours interactifs et ceux qui sont dispensés par des intervenants motivés, intéressés par la transmission et disponibles pour leurs étudiants. Dans le même sens, l'implication, le désir de communication et la disponibilité des PU-PH responsables de l'enseignement (que ce soit lors d'échanges informels ou

Nombre de villes concernées		Nom des villes concernées
Thèse	26	Toutes
Mémoire	20	Amiens Angers Besançon Bordeaux Caen Clermont-Ferrand Dijon Grenoble Lille Lyon Marseille Montpellier Nice Nancy Paris Reims Rouen Saint-Étienne Strasbourg Toulouse
Mini-mémoires	10	Amiens Angers Brest Caen Lille Nancy Nantes Poitiers Rennes Tours
Examen oral	7	Amiens Clermont-Ferrand Grenoble Lyon Rennes Saint-Étienne Strasbourg
Examen écrit	4	Caen Clermont-Ferrand Grenoble Lyon

lors de réunions annuelles, par exemple) semblent être le gage d'une formation de qualité.

De plus, les internes jugent indispensable le respect des deux demi-journées hebdomadaires de formation ; pour rappel, l'article R6153-2 du Code de la santé publique leur donne droit à deux demi-journées de formation sur les onze demi-journées de travail [6]. Malheureusement, selon les villes mais surtout selon les terrains de stage, ces deux demi-journées ne sont pas toujours respectées, ce qui est tout à fait regrettable. En effet, assister à des séminaires, lire, aller à des congrès, participer à des formations complémentaires, effectuer une démarche psychothérapeutique personnelle, etc. sont des aspects indispensables à une formation de qualité.

Enfin, les internes apprécient de pouvoir effectuer certains de leurs stages dans des domaines plus spécialisés. L'alternance entre de tels stages et une pratique plus générale de la psychiatrie (comme en secteur, par exemple) permet de découvrir et d'appréhender la richesse de notre spécialité, mais aussi d'orienter et d'affiner les choix des internes quant à leur pratique future.

Les pistes d'amélioration

Cette enquête ainsi que les échanges entre internes et référents locaux, et entre référents locaux et membres du bureau de l'Affep, permettent de dégager plusieurs points qui doivent être améliorés, afin de pouvoir offrir aux internes de psychiatrie une formation de meilleure qualité, et ce dans chaque ville d'internat.

Tout d'abord, l'organisation interrégionale dans le cadre du D.E.S. de psychiatrie pourrait être valorisée afin de pro-

poser aux internes une formation toujours plus diversifiée. Ainsi, sur le plan théorique, des cours devraient être délivrés aux internes d'une même région par des enseignants issus de l'interrégion et spécialisés dans un domaine particulier du champ psychiatrique. De même, sur le plan pratique, une mobilité interrégionale doit être développée afin de permettre aux internes de découvrir certains terrains de stages spécialisés ou bien certaines particularités d'exercice clinique. En vue d'une telle coopération, le point primordial à améliorer dans un premier temps est, sans aucun doute, l'information, notamment concernant les différentes formations universitaires (séminaires, diplômes universitaires, Masters, etc.), mais aussi extra-universitaires, existantes et disponibles au sein de l'interrégion.

Ensuite, la diversité, maître mot d'une formation de qualité, doit être encouragée au niveau des thématiques des enseignements théoriques (richesse et variété dans l'offre et le choix des séminaires), des supports de cours (mises en situation, jeux de rôle, vidéos, etc.), mais aussi au niveau des terrains de stage.

Bien évidemment, ces pistes d'amélioration n'ont aucun sens si, au préalable, l'accessibilité aux cours et aux temps de formation n'est pas respectée. Il est inconcevable qu'un nombre non négligeable d'internes rencontrent des difficultés à se libérer de leur stage pour assister à leurs enseignements. Le respect des demi-journées de formation dans tous les lieux de stage est donc une condition sine qua none.

Enfin, il est primordial que tous les internes de psychiatrie puissent bénéficier d'une supervision clinique sur l'ensemble de leurs lieux de stage.

Conclusion

En conclusion, nous ne pouvons que souhaiter que cette première journée de travail entre le Cnup et l'Affep soit l'amorce d'un dialogue entre responsables de l'enseignement universitaire et représentants des internes, au niveau national mais aussi, et avant tout, au niveau local. En effet, des rencontres institutionnalisées entre le bureau de l'Affep et le conseil d'administration du Cnup, d'une part, et entre les coordonnateurs locaux et les représentants des internes, d'autre part, sont le gage d'une formation de qualité. Ainsi, l'élaboration de la maquette de psychiatrie et la formation des psychiatres de demain ne peuvent se faire sans prise en considération de leurs desiderata, le tout dans une coopération de qualité avec des praticiens investis, attentifs et désireux de transmettre leurs compétences.

Références

- Lasfar M, Azoulay M, van Effenterre A. Enquête sur la formation en psychiatrie en France. Communication orale, 1re journée Affep-Cnup, 2011.
- Bulletin Officiel no 39 du 28 Octobre 2004, D.E.S. de psychiatrie.
- Van Effenterre A. Formation et information des internes en psychiatrie : quelle place pour la recherche ? *Encephale* 2011 ; 37 : 159-61.
- Sibéoni J, Azoulay M, Van Effenterre A. La formation à la recherche : des internes en quête. *Inf Psychiatr* 2011 ; 87 : 603-5.
- Van Effenterre A, Azoulay M, Champion F, Briffault X. La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d'une enquête nationale. Soumis à l'Encéphale le 13 septembre 2011.
- Code de la santé publique, article R6153-2.

Marion Azoulay
Internes D.E.S. de psychiatrie, Paris
Ancien membre du bureau de l'AFFEP

Aude van Effenterre
Pédopsychiatre à Paris
Ancien membre du bureau de l'AFFEP

Malaïka Lasfar
Interne D.E.S. de psychiatrie, Rouen
Membres du bureau de l'Affep



FOCUS LYON

La CLIP (Corporation Lyonnaise des Internes en Psychiatrie) est heureuse de vous accueillir au pays de gônes pour une visite inoubliable de notre belle ville de Lyon.

Petit tour d'horizon :

Capitale des Gaules, capitale mondiale de la gastronomie selon Curnonsky, 7 titres consécutifs de champions de France de football, à 2 heures des plus belles stations balnéaires de la mer Méditerranée et des plus hautes stations de ski des Alpes, à la porte de l'Europe, Lyon est une ville fantastique qui ne vous laissera pas indifférent.

Et la Psychiatrie dans tout ça :

Les internes de Psychiatrie lyonnais sont des petits chanceux !!

La ville est dotée de 3 hôpitaux psychiatriques dont le CH le Vinatier, le plus grand centre hospitalier psychiatrique de France par sa superficie.

Historiquement de tradition psychodynamique et psychanalytique, la ville s'est ouverte depuis une dizaine d'année à la neurobiologie et aux sciences cognitives, ce qui en fait un lieu très éclectique en termes de formation.

Ceci transparait dans la variété et la diversité des terrains de stage proposés : ECT, psychiatrie du sujet âgé, unité mère-bébé, UHSA, SMPP, liaison, soins palliatifs, urgences, centres de consultation, bientôt UMD, il y en a pour tous les goûts.

Les promotions restent à taille humaine (entre 15 et 20 internes) et la formation de DES se déroule sur l'inter-région avec les facultés de St Etienne, Grenoble et Clermont-Ferrand.

Parlons CLIP maintenant :

Créée en 2006, la Corporation Lyonnaise des Internes de Psychiatrie a intégré en 2011 les activités de l'association des internes du CH le Vinatier pour offrir un ensemble global et cohérent d'activités ayant trait à la vie de l'internat de psychiatrie. A côté des traditionnelles fêtes du Vinatier et de ses mythiques barbecues estivaux, l'association propose à ses membres des soirées de formation (CLIP-CLAP) abordant des thèmes pas ou peu évoqués dans les cours de DES locaux. Cette volonté de formation se retrouve également au sein des événements culturels organisés par la CLIP : les psynémas (soirée « cinéma » au cours de laquelle un intervenant [psychiatre, psychologue...] présente un film de son choix et anime le débat qui suit la séance) et les sorties culturelles (au Musée d'Art Brut de Lausanne ou au Palais idéal du Facteur Cheval à Hauterives pour ne citer que les plus récentes). Lyon étant la ville des Frères Lumières et du Cinéma, des partenariats se tissent entre l'association et les Journées Cinéma et Psychiatrie du CH le Vinatier.

Enfin, l'association assure un rôle important dans le déroulement de la vie de l'internat par ses fonctions de représentation auprès des différents interlocuteurs institutionnels et pédagogiques mais également de manière plus concrète par l'organisation de la soirée d'accueil des nouveaux internes à la fin du mois d'octobre, la remise d'un Welcome Pack à ces derniers. Elle met en place à chaque semestre une réunion de préchoix rassemblant tous les internes. Les anciens aiguillent ainsi les plus jeunes dans leurs choix et les chefs de service viennent y présenter leurs nouveaux stages et leurs spécificités.

Alors plus d'hésitation, Lyon est faite pour vous.
Lyon, Lyon, Only Lyon !!!»



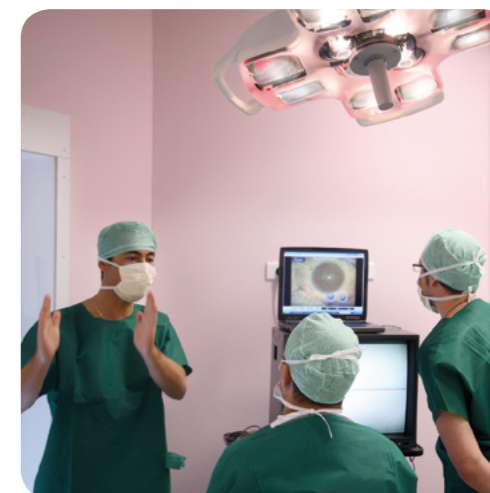
Alexis PETIT
Interne, DES de psychiatrie, Lyon
Président de la CLIP

Aurélié BERGER-VERGIAT
Interne, DES de psychiatrie, Lyon
Membre du bureau de l'AFFEP



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

Les urgences, lieu d'attente d'une certaine Vérité

Les raisons qui poussent un sujet à se rendre aux urgences, seul ou accompagné de sa famille, sont singulières mais correspondent toujours à un débordement, le débordement d'un symptôme devenu trop envahissant, le débordement de l'entourage. L'image d'une intervention de crise avec ses attentes transparait souvent dans le discours du patient : les urgences représentent le lieu magique d'une radicalité thérapeutique, celle de la chirurgie salvatrice à ciel ouvert, incision brutale à visée purgative. Les espoirs d'une action thérapeutique invitent à la confiance. Dans l'attente d'une intervention radicale, le patient offre un maximum de matériel biographique, parfois sur un

mode confessionnel d'énumération de ses symptômes. Ces fragments biographiques sont reliés dans un scénario, ébauche d'élaboration pro-to-thérapeutique en vue de produire un sens. Discours bricolé à visée auto-thérapeutique. En dérivant une chaîne causale qu'il désigne comme responsable des troubles (conflits familiaux, épuisement professionnel...), le patient lutte contre l'aspect insupportable de l'absurdité du symptôme. En ce sens, en pensant participer à un dévoilement qui lui semble indispensable, le patient ou le tiers pointe souvent un événement familial, qui lui semble important, comme si le secret constituait l'essence du symptôme. Métamorphose du secret en

symptôme, croyance magique dans la valeur causale et essentielle de l'évènement, dont il suffirait de faire pénitence pour l'effacer.

La crise psychique est un moment propice à la révélation. Expérience d'une temporalité particulière figée et non linéaire. Un présent perpétuel qui ne passe pas, en fait le lieu où la langue se délie. Lors de la crise, se déploie une clinique florissante qui finira par s'appauvrir progressivement. Dans un refoulement inconscient, le sujet réprime ses symptômes menaçants. Et, afin d'éviter une prise en charge trop stigmatisante, le malade se censure, filtre les propos perçues comme les plus déviants.

Confusion dans les discours

Les urgences sont le lieu d'expression de rapport de force entre différentes formes d'institution auxquelles est soumis le patient. Les responsabilités du médecin sont multiples : se faire l'énonciateur de son propre savoir sur le malade, éviter la confusion des discours entre ces champs, préserver une position subjective aux patients en évitant de lui asséner un sens et ainsi préserver ses capacités interprétatives.

Du registre scientifique... Il existe un glissement imperceptible qui guette notre approche aux urgences : la disparition de l'approche catégorielle qui fonde la clinique actuelle depuis Pinel au profit d'une focalisation sur les symptômes. On constate la disparition des catégories de schizophrénie

au profit de spectre. Pourtant on imagine mal aujourd'hui en médecine, parangon de la psychiatrie actuelle, classer les maladies infectieuses en fonction de la fièvre qu'elle procure. L'accessibilité aux sources de savoir, facilitée par les médias, injecte dans le discours du malade des termes scientifiques : technicité apparente d'un discours qui devient plus lisse. On postule que le malade serait capable de produire un discours de l'ordre du savoir sur ses symptômes. Discours descriptif pseudo-analytique de son mal-être où l'évènement prend toute sa valeur. Confusion entre le discours clinique et celui du malade devenus équivalents dans une quête de pure objectivité ou un fantasme de transparence où le sujet

exprimerait la vérité sur soi. Etre dupe du patient signifierait réduire son discours à sa pure valeur communicationnelle. La position scientifique causaliste de la maladie constitue un socle de notre savoir mais ne peut en aucune manière se substituer à notre savoir-faire.

Du registre légal... Si les patients se changent en médecins, les médecins se font volontiers experts : valider l'existence d'un préjudice, le quantifier, évaluer la crédibilité du malade. Les termes d'authenticité et de fiabilité font leur réapparition dans le discours médical, dans un registre quasi-judiciaire du vrai et du faux, qui supposerait que le malade ait le pouvoir de produire un discours scientifique. Au lieu d'entre-

voir la pathologie comme une simple coagulation de signes, le symptôme évoque un symbole renvoyant à une dialectique particulière, sémiotique d'un autre langage, celui de l'Inconscient. Un discours qui ne serait pas du semblant, intègre la valeur forcément mensongère et inauthentique de tout discours, au lieu de vouloir juger de sa crédibilité. Le caractère aveuglant de la révélation d'un traumatisme masque les autres nuances et les subtilités cliniques et, évacue la dimension de mise en scène du symptôme comme expression d'un imaginaire, d'un désir derrière la demande apparente.

Du registre marchand... Le médecin n'est pas dans la recherche d'un consensus où il faudrait marchander sa position dans une équivalence des discours. A la valeur usuelle, se rajouterait une valeur économique du symptôme dans une transaction avec le malade, devenu épicié de ses symptômes.

Du registre compassionnel... La survalorisation des symptômes et de l'évènement de vie conduit à une posture misérabiliste, quasi religieuse où on ne s'exprime plus dans un discours sémiologique, clinique, mais compassionnel : « ce patient souffre,

est en détresse ». Position de justicier où il faudrait indemniser le malade considéré comme une victime de sa maladie. Il nous invite alors à nous faire le secrétaire de ses misères et autres doléances. Désobjectivisation de la personne, devenue objet de sa maladie. La souffrance vraie est celle qui assure une reconnaissance en tant que victime. Le diagnostic a valeur de label, qui offre une position de victime, dans un grand mouvement projectif social.

Conclusion

L'histoire de la psychiatrie s'est faite en se confrontant aux autres formes de pouvoir, et en premier lieu avec Pinel, au pouvoir judiciaire. L'urgence est le lieu de l'expression bruyante d'une demande, d'une vérité qui doit triompher, faire sens. La position déterministe, causaliste, scientifique et l'approche compassionnelle ont en commun une évacuation du sujet par la sacralisation de l'évènement : évènement réalisé de l'acte pour l'un, évènement subi pour l'autre.

L'expansion inexorable des pathologies transforme les tableaux cliniques en spectre (dépressif, autistique schizophrénique...) englobant des formes de plus en plus légères. Confusion, dont la future suppression du critère E de la dépression liée au deuil n'est que le dernier avatar. Beaucoup de malaises psychiques finissent intégrés dans un spectre dépressif de plus en plus large. Psychiatriser toute impasse d'adaptation temporaire et difficultés de vie constitue un danger majeur pointé par Foucault comme une médicalisation de la misère sociale et de la déviance. En position d'abandon et de souffrance, on fait croire aux patients que leur malaise porte le nom de « dépression ». On donne un sens à leur souffrance, celui du diagnostic. En ramenant le non-sens de la plainte à la pathologie au lieu de l'incarner dans une relation de confiance.

L'urgence psychiatrique constitue un avant-poste privilégié pour percevoir l'expression d'un malaise social ou réactionnel à des conditions de vie difficiles. Le risque de confusion des discours infiltre toute la psychiatrie (amalgame entre maladie et dangerosité, approche sécuritaire des derniers textes de lois sur l'internement, furie anti psychanalyse). Ces rapports de forces sont exacerbés aux urgences qui représentent le point de friction de logiques différentes. L'enjeu d'une formation en urgence psychiatrique est non seulement de redécouvrir une clinique pure, mais surtout d'apprendre à rétablir une position éthique pour le patient, celle pouvant l'amener à retrouver son propre discours. Il existe plusieurs formations aux urgences psychiatriques comprenant le plus souvent des stages d'une dizaine de jours dans des centres de crises. Sur Paris, un DU d'urgence psychiatrique vient d'être créé à l'hôpital Sainte Anne en association avec l'université Paris Descartes.

Xavier BENAROUS
Interne, DES de psychiatrie, Paris



Au sein de l'unité sécurisée du tribunal de grande instance (TGI) de Paris qui accueille les audiences, Monsieur M. , Juge des Libertés et de la Détention (JLD) a accepté de témoigner sur sa pratique des affaires psychiatriques depuis l'application de la nouvelle loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement.

En guise d'introduction, pouvez-vous nous donner une idée de l'activité que représentent les affaires psychiatriques au sein du Tribunal de Grande Instance ?

Sur le TGI de Paris, nous sommes neufs JLD à temps plein, dont deux examinent chaque jour les dossiers psychiatriques, avec un système de rotation hebdomadaire. Pour vous donner une idée, je dirais que nous traitons en moyenne une vingtaine d'affaires par jour, contre dix à trente affaires concernant la situation des étrangers et vingt pour l'examen des détentions. Ces chiffres sont approximatifs car ils sont dépendants de beaucoup de facteurs et notamment de l'activité policière, mais globalement je pense que l'on peut dire que l'examen des dossiers psychiatriques concerne environ un tiers de notre activité sur le TGI.

Comment s'organise en pratique du point de vue judiciaire l'examen de la situation d'un patient hospitalisé sous contrainte ?

Tous les documents sont réceptionnés par courriers électroniques au niveau du tribunal, plus précisément au greffe du JLD. Les greffiers ont été formés à la nouvelle procédure et sont totalement autonomes dans l'organisation de l'audience après réception de la requête du Préfet de police ou du directeur d'établissement. A ce stade, il n'y a pas encore intervention des magistrats. Nous découvrons en général le dossier au moment de l'audience, ou peu de temps auparavant pour certains collègues.

Comment se déroule une audience ?

L'audience se déroule généralement en présence du patient, qui peut toutefois refuser d'y assister, et d'un avocat commis d'office, à nouveau non obligatoire. Un greffier est aussi présent pendant l'audience. L'esprit de la loi est plutôt en faveur d'audiences

publiques, mais à Paris l'exception est la règle et les audiences sont peu publiques. Moi je privilégie systématiquement les audiences de cabinet car je les trouve plus respectueuses pour le justiciable, mais il m'est arrivé une ou deux fois que le patient fasse la demande inverse.

Pendant l'entretien du justiciable, je commence généralement par demander quels sont les antécédents médicaux, notamment d'hospitalisations en psychiatrie et bien sûr parmi celles-ci les éventuelles hospitalisations sous contrainte. Je questionne également sur le suivi médical ambulatoire et sa périodicité, si le malade admet son problème et comment il le nomme, son avis sur la décision d'hospitalisation sous contrainte, l'amélioration et l'état de santé au jour actuel. La plupart du temps, les patients reconnaissent la nécessité des soins et demandent la poursuite de la mesure. Dans le cas contraire, je cherche à évaluer leur ambivalence.

Quels vont être justement de votre point de vue les facteurs décisionnels en faveur d'une mainlevée de l'hospitalisation sous contrainte ?

Bien sûr l'ensemble des certificats médicaux, et notamment l'avis conjoint des deux psychiatres (certificat avant le 15ème jour signé par deux médecins) comme l'évolution au cours de l'hospitalisation, les antécédents du patient ou les conclusions d'une éventuelle expertise judiciaire. Mais aussi mon ressenti en fonction des opinions et des convictions qui se dégagent au cours de l'audience. Je décide généralement une mainlevée d'hospitalisation si j'ai l'impression que le contact avec le patient est contradictoire avec l'avis conjoint des médecins, ou qu'il y a eu une réelle amélioration depuis le dernier certificat, à la condition essentielle qu'il existe des ressources ambulatoires à la prise en charge du patient et si son adhésion aux soins me semble spontanée et naturelle. Je suis très attentif

au fait que le discours du patient soit bien argumenté et sincère et qu'il ne s'agisse pas d'une adhésion non authentique avec des propos utilitaires suggérés.

Il s'agit donc en quelque sorte d'une évaluation sur l'état clinique du patient ?

Dans une certaine mesure seulement. Les magistrats qui interviennent sur ces dossiers sont tous des juges qui ont une certaine expérience de la façon d'évaluer une personne perturbée, grâce à la compétence qui était déjà accordée antérieurement par la procédure de mainlevée à la demande du patient. En tant que juge nous avons donc acquis une capacité à nous forger une opinion sur l'état d'un malade et sur l'ambivalence potentielle de son discours. De plus nous bénéficions d'une formation continue dans le secteur de la psychiatrie pour acquérir une culture clinique. En cas de doute, nous pouvons demander une expertise préalable à la mainlevée.

Et qu'en est-il des vices de procédures touchant à la forme ? Font-ils particulièrement l'objet de votre attention dans une décision de mainlevée ?

Non, ils ne pèsent que très peu dans ma décision. Les défauts de forme ou de présentation peuvent être des arguments mis en avant par les avocats, qui contrôlent la légalité des dispositions administratives, mais les imperfections de forme ne peuvent pas exercer une influence déterminante sur la réflexion. Encore une fois, ce qui me semble primordial dans la décision c'est que la prise en charge soit la plus appropriée pour le malade et dans son intérêt. Et cela émerge avant tout de la mise en perspective du contenu des certificats médicaux. Le rôle du juge est précisément de

faire la synthèse des éléments techniques, médicaux et juridiques, tout en tenant compte de sa subjectivité humaine au cours de l'entretien.

Justement, qu'attendez vous concrètement du contenu des certificats médicaux de la part des médecins psychiatres pour vous éclairer de façon pertinente ?

Avant tout, que leur rédaction ne soit pas en style trop sec, télégraphique. L'idéal pour moi c'est que les certificats mis à ma disposition relatent le contenu d'un entretien du jour, le plus actualisé possible, avec une description clinique pure associée aux conclusions diagnostiques, de façon vivante et concrète. Avec pourquoi pas quelques exemples de phrases du patient rapportées telles quelles.

En somme, que le certificat soit un bon témoin de l'atmosphère d'un entretien médical.

Quelles ont été les réactions au sein du monde judiciaire à l'annonce de l'application de la loi du 5 juillet 2011 ?

Avant tout, ce qui nous est apparu à la lecture du texte, a été l'immense charge de travail face à un contentieux de masse de cette ampleur. Finalement, nous nous sommes organisés en mettant en place une permanence quotidienne pour les audiences. Il serait difficile à mon avis de l'organiser différemment, notamment avec une antenne d'audience hors du tribunal, car déplacer les magistrats d'hôpital en hôpital relèverait du casse tête technique. De plus, je suis personnellement hostile à l'idée d'audiences « foraines » hors du tribunal, qui mettent à mal la solennité voir l'apparence d'indépendance de l'écoute judiciaire sur lesquelles nous avons l'obligation déontologique de veiller.

L'autre crainte était celle de pouvoir accueillir au sein du TGI des justiciables au comportement imprévisible. Mais sur le pôle JLD du TGI, nous sommes tous des magistrats avec un long parcours professionnel et une expérience du contact de justiciables agités ou dangereux. Il n'y a donc aucune peur par rapport au justiciable. Il me semble que la spécificité des audiences psychiatriques se trouve plus sur la façon d'entrer en contact avec le patient, de rechercher la phrase d'approche pour délimiter le terrain de l'entretien. Lorsque l'on montre au patient qu'on a une position d'interlocuteur sans conviction forgée d'avance et qu'on lui accorde une écoute, cela suffit généralement à désamorcer les comportements agressifs. Nous avons quand même à notre disposition un système d'alarme avec un bouton installé sous mon bureau, mais pour vous dire, je ne l'ai utilisé que deux fois, et à chaque fois de façon tout à fait accidentelle !

Vous est-il arrivé d'utiliser un dispositif d'audience par vidéoconférence dans les cas où le patient n'est pas transportable ?

J'émetts vraiment une objection de principe par rapport à la vidéoconférence, car il me semble que bien souvent l'état de santé du patient ne lui permet pas forcément de comprendre cette modalité, et qu'il y a un vrai risque d'alimenter un éventuel sentiment de persécution. Nous n'utilisons donc pas ce genre de dispositif, mais à nouveau il s'agit d'un choix de notre TGI. Dans les affaires que nous traitons, le malade n'est pas transportable, auditionnable ou refuse de se déplacer dans environ 30 % des cas.

Je crois que dans plusieurs situations comme une rechute au sein du ser-

vice, un risque de fugue, ou lorsque l'état initial est trop loin d'être retombé, les médecins ne doivent pas hésiter à conclure que le patient ne peut pas assister à l'audience.

De mon point de vue, il n'y a pas encore assez de patients qui sont jugés non auditionnables, dans 5 à 10 % des cas, l'entretien est peu réalisable car le patient est encore trop délirant.

Comment comprenez-vous l'engagement de ce type de réforme par le législateur ?

Le système juridique français évolue de façon coordonnée avec le système européen dont il suit les recommandations en matière de protection des libertés. La culture libérale dont bénéficie le secteur économique s'étend aussi au domaine des mœurs et tend à une inflation du sentiment de droit à la protection de la liberté dans l'esprit des justiciables. D'autre part, il y a aussi émergence d'une idéologie politique dans le sens d'une démultiplication et d'un renforcement continu des droits avec une pression sur le législateur de réactivité et d'invention. L'intangibilité des lois n'est plus vraiment admise. La révision constitutionnelle de 2008 est aussi allée dans ce sens en permettant à tout citoyen de contester la constitutionnalité de n'importe quelle loi au cours d'un procès via la Question Prioritaire de Constitutionnalité.

Nous sommes donc face à des cultures politiques et juridiques qui s'alimentent, sous l'impulsion du conseil constitutionnel et des Cours européennes, et tendent à un emballement législatif vers l'expansion sans fin des droits et des mécanismes de protection des libertés.

C'est dans ce contexte que l'on peut comprendre la réforme de la loi du 18 juin 1990.

Pour vous, quelles sont les limites de cette nouvelle loi ?

A mon avis la première et la plus importante est que l'intervention du juge à J+15 est trop prématurée. Bien souvent, je dirais dans 85 % des cas, l'état de crise est à peine amélioré, et la décision est donc de façon quasi systématique celle du maintien. Or, c'est tout à fait contradictoire avec l'essence même du rôle d'un juge qui doit être celui d'un décideur sur des contentieux intervenant de manière exceptionnelle lors de contradiction d'intérêts entre des parties. Tout ce qui est systématique affaiblit le crédit de l'intervention judiciaire. Je pense qu'il suffirait de peu d'ailleurs, que l'audience ait plutôt lieu à trois semaines voir à un mois pour que la mesure soit plus pertinente et donne un plus grand sens à notre intervention.

La deuxième chose concerne plus particulièrement l'aspect légal, il s'agit d'une loi asymétrique dans ses modalités d'application. Par exemple, la décision de restriction de liberté est exécutoire de plein droit et immédiatement lors de l'entrée dans l'établissement ou de la prolongation de l'hospitalisation. En revanche, la décision de recouvrement de la liberté n'est applicable que passé un délai de 6h avec possibilité d'appel par le procureur, par exemple à la demande du directeur de l'établissement. Cela fait de cette loi une mesure de protection des libertés certes, mais aussi une loi sécuritaire.

Mais d'après vous, y-a-t-il aussi une tendance à faire porter au juge la responsabilité de la « protection » de la société face à la pathologie mentale au travers de la loi ?

Certainement. Il y a une volonté du législateur de confier les décisions les

plus délicates, concernant les malades dangereux ou potentiellement dangereux, au magistrat, et de lui en faire assumer la responsabilité finale. En plus d'assurer les droits des patients, la loi protège aussi l'instance administrative et notamment le préfet de police de Paris, nommé par le gouvernement. Le discours politique sécuritaire a tendance à trop promettre aux citoyens et les décideurs se reposent sur les magistrats pour la décision finale. De mon point de vue, la décision la plus délicate est celle à prendre sur la demande de mainlevée d'un patient en admission à la demande d'un représentant de l'état (ADRE), anciennement placement d'office, ayant commis un crime.

Comment souhaiteriez-vous voir la loi évoluer ?

Il existe un écart trop important entre les buts et moyens d'une part et les résultats de cette loi d'autre part : une petite minorité des procédures seulement se terminent par une levée de l'hospitalisation parce que la mesure est trop prématurée. L'intervention des magistrats pourrait être davantage valorisée.

Une loi doit être un instrument de la cohésion sociale, elle doit favoriser un meilleur fonctionnement par rapport aux besoins de santé publique en matière de santé mentale. Elle doit aussi et surtout en la matière donner à cette catégorie particulière et vulnérable de justiciable la certitude qu'il existe un rempart efficace contre le risque d'arbitraire familial ou institutionnel.

L'objectif ne me semble pas encore atteint ici.

Légiférer sur l'humanisation des conditions d'hospitalisation me paraîtrait par exemple une question beaucoup plus prioritaire.

Clara FETEANU

Interne, DES de psychiatrie, Paris
Membre du bureau de l'AFFEP

Remerciements à M. M. et à la greffe du JLD du TGI de Paris

Psychiatres... et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie

Dans le contexte de l'instauration, en septembre 2010, d'un titre de psychothérapeute légalement protégé auquel les psychiatres peuvent de droit prétendre, l'Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (AFFEP) a mené une enquête par questionnaire auprès des internes en psychiatrie français afin de dresser un premier état des lieux de leur formation aux psychothérapies. Cette enquête quantitative, à laquelle 869 des 1 334 inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie pour l'année universitaire 2009-2010 ont répondu, a été complétée par une enquête sociologique qualitative auprès d'une trentaine d'internes, par entretiens semi-directifs, portant sur leurs conceptions et pratiques concernant les psychothérapies et la place qu'ils leur donnent dans la pratique de la psychiatrie.

Les entretiens ont été menés selon la méthode dite « par effet de saturation des entretiens » : après un certain nombre d'entretiens, il apparaît que l'ajout de nouveaux entretiens n'apportera pas vraiment de nouvelles données pertinentes par rapport aux objectifs de l'enquête.

Au total, 27 entretiens d'une durée moyenne d'une heure et quart ont été réalisés. Les internes interviewés ont pour la plupart (23/27) été recrutés via l'AFFEP, qui a envoyé plusieurs courriels de sollicitation à ses membres en insistant sur le fait que l'enquête ne concernait pas seulement les internes motivés par la psychothérapie, mais que les internes pas ou peu intéressés par la psychothérapie étaient également recherchés.

Parmi les 27 internes interviewés, 15 ont fait une formation à la psychothérapie en dehors du DES de psychiatrie. Nous y incluons ceux qui ont fait une analyse ou une psychothérapie analytique, bien qu'il existe une ambiguïté chez certains internes pour considérer ces activités comme une formation à la psychothérapie. Il s'agit donc de plus de la moitié des internes interviewés ; dans l'enquête quantitative, un peu moins d'un tiers des internes seulement avaient une telle formation. L'échantillon d'internes, ayant servi de base à l'enquête ici présentée, est donc globalement plus « engagé » dans la psychothérapie que ne l'est l'ensemble des internes, mais reste néanmoins très divers, diversité qui importe dans cette enquête qualitative destinée à approfondir les résultats d'une enquête quantitative par questionnaire fermé. La diversité concerne aussi le sexe (20 femmes, 7 hommes), l'année d'internat (du deuxième semestre au huitième) et la ville où le DES est effectué (Angers, Amiens, Brest, Caen, Lille, Lyon, Nancy, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg et Tours).

L'article en présente les principaux résultats et interprétations, dans les cadres d'analyse de la sociologie des professions, tout particulièrement celle proposée par Andrew Abbot [1].

La pratique de la psychothérapie : constitutive de l'identité des (futurs) psychiatres ; variable dans l'intensité des engagements en sa faveur

Les internes¹ estiment qu'il ne peut pas y avoir de prise en charge des patients sans une prise en charge psychothérapeutique, ne serait-ce qu'une psychothérapie de soutien : c'est en étant définie extensivement que la psychothérapie fait partie de l'identité des psychiatres. En effet les internes partagent le plus souvent l'idée – désormais position officielle de la psychiatrie – qu'il y a des

niveaux de psychothérapie [3] : de l'aide psychologique par la simple bonne relation à la psychothérapie structurée en passant par la psychothérapie de soutien.

La position estimant que la psychothérapie est de peu d'intérêt pour la psychiatrie apparaît de fait hétérodoxe, les rares internes l'ayant exprimée signalent eux-mêmes qu'ils se dé-

marquent du consensus régnant parmi les internes. Le croisement d'une définition extensive de la psychothérapie avec une formation se fondant d'abord sur l'expérience – mode de formation bien apprécié des internes même si beaucoup disent avoir ressenti des difficultés, un malaise voire de l'anxiété lors de leur premier stage – autorise manifestement que les internes se lancent très rapidement,

¹ Nous parlerons toujours des internes au masculin selon les conventions en vigueur (et bien qu'il s'agisse principalement de femmes).

sans réelle formation, dans une relation de type psychothérapeutique avec leurs patients. Ils y mobilisent ce qu'ils ont vu faire par les psychiatres – leurs « aînés »² – les psychologues, les infirmiers... ce qu'ils ont pu lire ou apprendre pendant quelques rapides formations théoriques éventuellement assorties de mises en situations. Ils se lancent, situation initialement difficile mais rapidement appréciée grâce au sentiment d'être pleinement dans la clinique, dans la relation intersubjective, qui est au cœur du métier de psychiatre, dans l'acquisition d'une expérience professionnelle. Cela ne les empêche pas de regretter simultanément le manque de formation à la psychothérapie et à l'entretien clinique et thérapeutique – qui dans la pratique se confondent largement – dans leur cursus.

Le consensus sur la psychothérapie comme constitutive de l'identité du psychiatre s'accompagne d'une forte variabilité dans l'intensité des engagements en faveur de la psychothérapie, qu'il s'agisse de la façon dont l'interne conçoit sa place dans la pratique psychiatrique (en général et quant à sa future pratique) ou qu'il s'agisse de sa formation à la

psychothérapie pendant son internat. Ainsi, la psychothérapie peut-elle être conçue comme l'essentiel de la psychiatrie – le choix de la psychiatrie s'est fondé sur la volonté de faire des psychothérapies – ou, à l'opposé, comme une pratique parmi d'autres de la psychiatrie que l'interne ne pratiquera pas forcément à titre personnel, du moins s'agissant de psychothérapie structurée. Entre ces deux positions, on observe diverses intensités dans l'intérêt pour la psychothérapie. L'enquête quantitative [7] a montré un consensus (à 95 %) sur l'idée d'une formation à la psychothérapie au sein du DES de psychiatrie en deux temps : « une formation théorique obligatoire aux différents grands courants psychothérapeutiques (psychanalyse, TCC, systémie, etc.) en première partie d'internat, suivie de la possibilité d'une formation approfondie dans un ou plusieurs de ces courants ». L'analyse qualitative montre que, si les internes plébiscitent en effet la possibilité d'une formation approfondie, ils ne veulent pas forcément se former personnellement à la psychothérapie, en tout cas pas forcément pendant leur internat. Des raisons de temps et de coût financier sont invoquées, certains

internes préférant attendre que leur formation puisse être prise en charge par leur futur employeur. Beaucoup ne veulent pas se former pendant leur internat parce qu'ils veulent prendre le temps d'avoir une perception assez large et informée des diverses méthodes psychothérapeutiques avant de faire leur choix. Dans cette perspective, la formation du DES est considérée comme nettement insuffisante. Beaucoup estiment aussi qu'il n'y a pas d'urgence à se former à la psychothérapie, le plus souvent alors parce qu'il s'agit pendant l'internat de mettre son « énergie » sur « la fonction première » de l'internat : « On est quand même médecins et si, nous, on n'est pas capable de faire un diagnostic, c'est pas le psychologue qui va être capable de le faire. Donc, il faut déjà des médecins et des psychiatres qui soient formés, qui savent prescrire des bilans, qui connaissent les contre-indications » : ici la psychiatrie est d'abord une spécialité médicale, nous y reviendrons. L'autre raison évoquée pour laquelle il n'y a pas d'urgence est que « la psychothérapie n'est pas vraiment adaptée au service public en institution ».

La diversité des orientations psychothérapeutiques

La plupart des internes s'affirment vigoureux partisans d'une diversité des orientations psychothérapeutiques. La manière dont ils souhaitent et mettent en actes cette diversité témoigne qu'il ne s'agit généralement pas d'un discours convenu, mais bien d'une norme intervenant en bonne place³ dans le jugement qu'ils portent sur leurs stages, les services, les séniors : un mot revient ainsi de manière récurrente, celui d'« ouverture » / « ouvert », en tant qu'il s'oppose à la « fermeture » / « fermé » ou au « dogmatisme ».

L'attachement au pluralisme des méthodes ne veut pourtant pas dire que, lorsqu'une méthode a été choisie, elle ne soit pas vigoureusement défendue et les autres méthodes critiquées – ce sont alors la psychanalyse et les TCC qui sont les cibles, la systémie ou d'autres méthodes n'étant jamais vraiment critiquées – mais que, sauf exception (présente dans nos entretiens), l'idée d'une méthode se voulant seule valable est rejetée. Les internes ont alors en ligne de mire l'époque où la psychanalyse était en situation de monopole, la plupart pensant que tous les psychiatres faisaient une analyse, voire même

qu'elle était obligatoire, et se montrant étonnés d'apprendre que tel n'était pas le cas. Même les internes très engagés dans l'orientation analytique pensent que celle-ci a pu être trop hégémonique, le constat pouvant relever seulement d'une appréciation générale sur les transformations de la psychiatrie ou bien aussi d'une expérience personnelle, celle d'un engagement psychanalytique jugé aujourd'hui trop « enfermant ».

La pluralité des méthodes peut être défendue pour elle-même, en tant que richesse et bonne pratique de la psychiatrie permettant au psy-

chiatre de pouvoir avoir le choix de proposer au patient une palette de réponses thérapeutiques, non seulement en fonction du patient mais aussi en fonction de sa sensibilité personnelle⁴. Un fort consensus se dégage sur l'idée qu'« il n'y a pas un seul courant qui a raison, les autres tort »⁵ ; dans cette perspective, les différentes méthodes sont constituées en « outils » – terme particulièrement prisé – qui peuvent être « intéressants » ou « utiles ».

Mais, si l'attachement à la pluralité est si vigoureux, c'est que les internes l'estiment indispensable à leur formation. De la même façon qu'ils veulent voir différentes facettes du métier de psychiatre, ils veulent aussi connaître différentes méthodes. Même ceux qui ont déjà choisi de faire une formation approfondie dans une méthode apprécient de découvrir une autre orientation dans leur stage et peuvent envisager de se former à une ou plusieurs autres méthodes. Ainsi, l'enquête quantitative [7] montre qu'en quatrième année, 10 % des internes en analyse se forment à un autre courant psychothérapeutique et 29 % y songent.

L'aspiration des internes à voir constituée la pluralité en norme de la formation peut aussi être un moyen les autorisant à prendre quelques distances avec l'orientation de tel ou tel stage : « Mais, il y a encore des questions sur les courants idéologiques qui peuvent se poser. Par exemple, quand je dis que j'ai fait une sensibilisation aux thérapies cognitivo-comportementalistes (TCC), que moi-même j'ai été amenée à animer des groupes dans mon premier stage de psychiatrie, là, on peut me renvoyer : « mais qu'est-ce que tu fais alors chez nous ? ». Moi, je réponds que, pour ma formation de psychiatre, c'est important de voir différentes manières d'exercer, de me sensibiliser, de m'informer et de me former après et de trouver les

outils qui me correspondent le plus, avec lesquels je serais plus à l'aise, tout en sachant que d'autres choses existent. Pour moi, animer un groupe de TCC, ça me permettait vraiment de me mettre en situation. C'est pas incompatible avec le fait de venir ensuite dans un stage où on utilise la psychanalyse lacanienne ». Le plus généralement, les internes n'ont pas envie d'entrer dans la guerre des psys.

Se développent donc diverses méthodes. Avant de détailler ce développement, il faut remarquer que la psychanalyse constitue encore une référence incontournable de la construction des conceptions des internes. D'une manière ou d'une autre, ceux-ci abordent toujours la question de la psychanalyse et n'envisagent pas que leur internat puisse ne pas comporter un stage d'orientation psychanalytique. Beaucoup se montrent ambivalents à son égard. Si la psychanalyse ne constitue plus l'étalon-or de la pratique psychothérapeutique, ses cadres de pensée demeurent souvent prévalents dans la pratique clinique quotidienne des internes en termes d'élaborations psychopathologiques et étiologiques permettant d'avoir une « compréhension » du patient par delà ses symptômes. Plus généralement, la psychanalyse comporte une richesse intellectuelle qui permet au (futur) psychiatre de réfléchir, réflexion manifestement gratifiante que ne permettent pas toutes les méthodes. La psychanalyse apparaît aussi comme la théorie permettant d'analyser la relation au patient : dans cette perspective, la supervision est souvent conçue comme ne pouvant être que de type analytique. Enfin, elle permet de comprendre les fonctionnements institutionnels : « Je pense que les outils psychanalytiques peuvent vraiment apporter quelque chose. J'ai plutôt même envie de dire plus dans quelque chose d'institutionnel, c'est

pas tellement la psychanalyse pour le patient en lui-même, mais c'est comment l'institution va utiliser la psychanalyse entre eux. Et ça je trouve que ça permet à une équipe d'être une arme redoutable de soins » et la « psychothérapie institutionnelle » peut rester une référence. Pour toutes ces raisons, outre ceux qui sont au présent engagés dans une psychanalyse ou une thérapie analytique, des internes envisagent de faire ultérieurement une psychanalyse ou une psychothérapie analytique.

Quatre critiques majeures sont faites à la psychanalyse ou à la psychothérapie analytique : elle est absconde, elle n'est pas ou ne semble pas efficace – alors même peut-on ajouter qu'elle permet de comprendre le patient et la relation au patient – elle est trop longue, elle n'est pas adaptée au service public.

À quelles méthodes profite la baisse de l'attractivité de l'orientation analytique ? Dans l'enquête quantitative, les TCC et la systémie arrivaient au coude à coude (respectivement 47 et 42 % des formations hors DES), égalité qui peut surprendre, eu égard à la très forte poussée des TCC dans de nombreux pays et au fait qu'elle soit la thérapie la plus validée dans les études expérimentales, sentiment de validité scientifique qui s'est également diffusé en France, notamment avec l'expertise collective de l'Inserm de 2004 « psychothérapie, trois approches⁶ évaluées ». Les internes se tourneraient vers la systémie car, pour reprendre les propos d'un interne exprimant une appréciation qui apparaît souvent partagée : « la psychanalyse rebute parce que ça coûte de l'argent, c'est compliqué, ça marche pas très bien, enfin ça dépend pour quoi. Et puis la TCC, à l'opposé, c'est trop formalisé, trop répétitif ; la systémie, entre les deux, ça peut être très attractif parce qu'on prend vraiment en compte l'humain

² Au fil de cet article, les guillemets signaleront toujours des propos d'internes.

³ Le premier critère de jugement est l'existence d'une supervision et sa qualité.

⁴ On est là dans la tradition de la psychiatrie qui s'est constituée comme spécialité médicale en étant reconnue comme spécifique, « spécificité tenant à son hétérogénéité doctrinale, pratique et institutionnelle » [6].

⁵ Cet interne poursuit « Je pense qu'on ne trouvera jamais la vraie psychothérapie qui peut soigner tout le monde. Je crois que c'est des courants qui se créent quelque part pour que, nous, on s'y identifie, qu'on soit bien avec soi et qu'on soigne des patients qui vont s'y retrouver aussi. Donc, il y en a qui vont être à l'aise et être bien et investir une psychothérapie de type plutôt TCC, d'autres plutôt de type analytique ».

⁶ Psychothérapie psychodynamique, systémie et TCC.

dans son système d'interaction, surtout familial, avec quelque chose où on analyse quand même les relations entre individus, autres qu'en termes de comportements et de cognition. Mais bon, sans s'attaquer vraiment à l'inconscient. Je pense que c'est sur ça que ça séduit ». La systémie n'est jamais critiquée.

Il en va différemment des TCC qui suscitent des attitudes contrastées. On peut distinguer cinq types d'attitudes à l'égard des TCC :

- une forte adhésion, que l'interne connaisse bien la méthode pour avoir participé à une formation poussée, ou moins bien car il n'y a pas été formé spécifiquement : les TCC sont une

thérapie aisément compréhensible, scientifiquement validée, efficace. On notera que même les plus fortes adhésions aux TCC ne s'affirment pas avec la même vigueur que les adhésions à la psychanalyse, sans doute parce qu'elles apparaissent dépourvues d'une complexité intellectuelle à laquelle le milieu de la psychiatrie est attaché, et qu'en ce sens, elles peuvent n'être que peu gratifiantes pour le psychiatre ;

- une reconnaissance de leur utilité – pour certains troubles ou/et pour certains types de patients en fonction de leur demande ou de leur personnalité – et donc la nécessité d'inclure les TCC dans la palette des « outils » à la disposition des psychiatres ;

- une adhésion en pointillé sur le mode du « pourquoi pas ? » dans la mesure où c'est un « outil » facile à utiliser : « ... alors je procède entre un mélange de raisonnement pragmatique, plus TCC, quand les gens arrivent avec une demande où on sent plus une demande de guidance » ;

- une curiosité neutre ;
- une forte réticence ou un rejet car trop « simplistes », « protocolisées », « répétitives ».

On notera que les TCC dites de troisième génération⁷ sont considérées par ceux qui les connaissent comme très différentes des autres TCC.

La demande d'une meilleure formation à la psychothérapie : la volonté d'un renforcement de la juridiction intellectuelle de la psychiatrie sur la psychothérapie

La psychothérapie comme partie constitutive de l'identité du psychiatre est tout sauf une conception nouvelle, qui serait apparue chez les internes du tournant des années 2000-2010. La centralité de la psychothérapie dans la psychiatrie n'a en effet cessé d'être affirmée et réaffirmée depuis les années 1960. À cette période, Henri Ey s'en préoccupait déjà et avait conçu un projet de formation à la psychothérapie dans le cursus de psychiatrie qui resta lettre morte [4]. Sautant les décennies, rappelons qu'en 2001, Hanon, dans sa thèse de doctorat en médecine [5], abordait elle aussi la question en rappelant la position consensuelle des psychiatres, reprise par la Fédération française de psychiatrie : « la fonction psychothérapique est immanente à celle du psychiatre » et « tout psychiatre doit être psychothérapeute ». Logiquement, ces convictions semblent imposer que les internes en psychiatrie soient sérieu-

sement formés à la psychothérapie. Pourquoi donc n'est-ce pas le cas ?

La sociologie des professions apporte un éclairage intéressant sur cette situation paradoxale. Le concept de juridiction est ici particulièrement précieux. Il renvoie à l'idée que la vie professionnelle est structurée par les relations, tout particulièrement les relations de concurrence, entre divers groupes professionnels pour le contrôle des activités qu'ils exercent ou convoitent. La juridiction des groupes professionnels peut s'exercer aux différents niveaux qui organisent le contrôle des activités :

- la juridiction légale : la loi reconnaît que telle activité est du domaine de compétence de tel(s) ou tel(s) groupe(s) professionnel(s) ;
- la juridiction culturelle : tel groupe professionnel a réussi à imposer socialement – au-delà des professionnels – sa construction/définition

de certains problèmes et de leur traitement. Cette juridiction culturelle s'exerce d'abord via des médias de tous types, s'adressant à des publics différenciés, des élites intellectuelles au grand public ;

- la juridiction intellectuelle se joue, elle, entre professionnels : en cas de juridiction partagée, les conceptions, concepts, théories, méthodes d'un groupe spécifique se trouvent en situation de dominance intellectuelle. Le meilleur exemple est ici la psychanalyse/les psychanalystes qui, jusqu'à il y a une quinzaine d'années, détenaient la juridiction intellectuelle sur la psychothérapie. C'est ainsi que la formation à la psychothérapie des psychiatres (et des psychologues) était assurée par les psychanalystes (collectivement via les associations et individuellement) : la psychiatrie avait de fait délégué à la psychanalyse la formation à la psychothérapie, entraînant ainsi un cercle vertueux

en faveur de la psychanalyse. Il faut ajouter que, dans cet arrangement, la psychothérapie n'avait guère été pensée dans sa spécificité et sa valeur propre par rapport à la psychanalyse (elle tendait à n'être qu'une pratique par défaut). Le déclin de la juridiction de la psychanalyse sur la psychothérapie a été clairement rendu visible lorsqu'en 2003 une loi (en fait un amendement à la loi de santé publique, connu sous le nom d'amendement Accoyer), instituant un titre de psychothérapeute, définissait les psychothérapies comme « des outils thérapeutiques utilisés dans le traitement des troubles mentaux ». Alors que les précédentes propositions de loi n'avaient pas défini la psychothérapie, non seulement cet amendement donnait une définition nettement médicale mais parlait de « différentes

catégories de psychothérapies » – le pluriel n'était pas jusqu'alors la norme – et d'un contrôle du ministre chargé de la santé et de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes, devenue la Haute Autorité de santé [HAS]).

La psychanalyse n'est plus en position hégémonique et la demande par les internes d'une véritable formation à la psychothérapie dans le cursus de psychiatrie vient dans le même mouvement manifester la fin de la juridiction intellectuelle de la psychanalyse sur la psychothérapie – la psychothérapie d'orientation analytique est devenue pour la plupart des internes une orientation psychothérapeutique parmi d'autres – et la volonté de lui substituer celle de la psychiatrie. Voici comment un interne exprime, avec satisfaction, cette nouvelle donne :

« on avait un praticien hospitalier (PH) qui était formé aux thérapies cognitivo-comportementales, un autre qui était formé à la thérapie familiale et la responsable qui était plutôt de formation psychanalytique, Société psychanalytique de Paris (SPP) freudienne. Mais, ça fonctionnait très très bien. Et donc pour les patients, ça pouvait être à la carte. Et pour le coup, c'était de la vraie psychiatrie ».

Remarquons que dans le cas où une formation approfondie à la psychothérapie serait instaurée comme partie intégrante du cursus de psychiatrie, il reviendrait à la psychiatrie de la contrôler, d'en fixer les règles et modalités, sans doute jusqu'à l'élaboration des contrats passés avec certains instituts privés de formation à la psychothérapie.

Ne pas délaissier la juridiction pratique

La juridiction pratique concerne le travail lui-même, tel qu'exercé par les professionnels sur leur lieu de travail. Or, sur le lieu de travail, la juridiction sur la psychothérapie est partagée avec les psychologues : quel partage les internes envisagent-ils ?

Les relations que les internes ont avec les psychologues sur leurs terrains de stage sont variées, généralement bonnes mais pas toujours. La relation spécifiquement professionnelle – sinon pendant l'internat, du moins ultérieurement est nécessairement dissymétrique, de façon plus ou moins marquée, dépendant notamment de la reconnaissance par le psychiatre de la compétence du psychologue, de la relation personnelle entre psychiatre et psychologue, d'une complicité des orientations psychothérapeutiques.

À quelques exceptions près – lorsque le psychologue a un rôle de référent ou de formateur – si le psychologue est « plus » psychothérapeute que le

psychiatre / l'interne, c'est ce dernier qui est l'élément dirigeant : diagnostiquant, prescrivant, orientant vers, autrement dit exerçant sa juridiction intellectuelle sur la psychothérapie. S'il y a, comme c'est assez souvent dit, une « complémentarité », c'est dans la dissymétrie. Plusieurs internes ont d'ailleurs expliqué que lorsque, après le bac, ils ont choisi leur orientation, ils étaient d'emblée plus intéressés par la psychologie / psychothérapie que par la médecine mais qu'ils ont choisi d'étudier la médecine (éventuellement poussés par leur famille) plutôt que la psychologie afin de se trouver dans une position professionnelle de pouvoir (de pouvoir décider au mieux), de « chef d'orchestre » comme ont pu le dire deux internes. Cette dissymétrie se légitime par l'écart entre les statuts du psychiatre et du psychologue en raison du différentiel de leur formation. Cet écart s'est d'ailleurs renforcé ces dernières années, ce dont a témoigné le décret d'application de la loi sur le titre de

psychothérapeute de juin 2010, même si au final, après une rude lutte, les psychologues cliniciens ont obtenu de pouvoir bénéficier du titre de psychothérapeute sans formation complémentaire.

Les psychologues n'apparaissent pas sur le terrain en mesure de grignoter la juridiction qu'exercent les psychiatres sur la psychothérapie. D'autant moins avec la perte d'hégémonie de la psychanalyse, approche à partir de laquelle des psychologues avaient pu – peuvent sans doute encore – conquérir une forte reconnaissance, perte d'hégémonie qui a pour corollaire une médicalisation de la psychothérapie. D'autant moins aussi que les internes intéressés à la psychothérapie ne veulent pas laisser le terrain de la pratique effective aux seuls psychologues : ils ne veulent pas être seulement des prescripteurs de psychothérapie mais faire preuve sur le terrain d'une vraie compétence dans sa pratique. C'est dire que les

⁷ Travail sur les émotions, mindfulness, EMDR...

internes sont prêts à exercer une totale juridiction sur la psychothérapie, et que, quelles que soient les bonnes relations qui peuvent exister entre psychologues et internes/psychiatres et la reconnaissance professionnelle qu'ils peuvent avoir à l'égard des psy-

Psychothérapie, psychiatrie et médecine

En position hégémonique, les internes ont une relation aux psychologues qui n'est pas à leurs yeux un enjeu véritablement sensible. L'est en revanche la relation aux médecins et à leurs collègues internes en médecine somatique. C'est là un point généralement mal vécu. C'est que l'appartenance de la psychiatrie à la médecine (sauf position hétérodoxe) fait consensus chez les internes. Pourtant, estiment-ils, les médecins ou internes des autres spécialités médicales ont du mal à les considérer comme des médecins, des soignants au même titre qu'eux, le terme de stigmatisation revenant même à plusieurs reprises : des internes se sentent stigmatisés au même titre que leurs patients – il est vrai que le terme de stigmatisation s'est considérablement développé récemment, notamment en psychiatrie avec l'objectif de déstigmatisation de la maladie mentale.

Les internes déclinent diversement l'appartenance de la psychiatrie à la médecine. Dans une première conception, la psychiatrie est totalement apparentée aux autres spécialités médicales ou du moins tendrait rapidement vers cette assimilation : « la psychiatrie, c'est du somatique ». Dans une seconde, la psychiatrie possède une certaine spécificité mais elle appartient d'abord à la médecine. Les internes affirmant cette conception sont enclins à critiquer leurs collègues, qui accordent trop de spécificité à la psychiatrie et se mettent à part des autres internes : « c'est

chologues, certains tiennent à ce que le marché de la psychothérapie ne soit pas ouvert à part égale avec les psychologues. Cet enjeu du marché est peut être aussi pour certains celui de la pratique en libéral où il pourrait exister l'idée que les psycholo-

gues ne deviennent des concurrents (même si la situation concernant le remboursement diffère, les psychothérapies effectuées par des psychologues n'étant pas remboursées).

à nous de nous intégrer à la médecine ». On peut observer deux orientations sensiblement différentes dans cette conception de la psychiatrie d'abord comme une spécialité médicale, qui fait que cette présentation des diverses conceptions des rapports psychiatrie-médecine n'est pas seulement de l'ordre d'un continuum. Il y a, d'une part, des internes qui se veulent des soignants travaillant dans une problématique biopsychosomatique, se souciant de ne pas négliger le corps souvent atteint des malades qu'ils voient, voulant « savoir lire un électrocardiogramme » ou procéder comme dans toutes les spécialités médicales – « bizarrement on m'a dit que les résultats d'analyse que j'avais mis dans le dossier étaient inutiles » – d'autre part, des internes intéressés par les nouvelles avancées scientifiques tout particulièrement concernant le cerveau. Troisième et dernier cas de figure, les internes qui privilégient au contraire la spécificité de la psychiatrie, voyant notamment la preuve de celle-ci dans le fait que, très généralement, la psychiatrie est une spécialité activement choisie au terme de l'externat et non pas un choix par défaut (résultant du classement à l'Examen national classant) : tant le genre de pathologies que traite la psychiatrie que ses moyens de traitement, en tout premier lieu les psychothérapies, sont spécifiques.

Ces conceptions quant à la place de la psychiatrie dans la médecine sont en partie liées avec les conceptions sur la psychothérapie, mais pour une

part seulement, jouant avant tout pour les conceptions les plus tranchées. Ainsi, la mise en avant de la toute spécificité de la psychiatrie va-t-elle de pair avec une importance décisive donnée à la psychothérapie, en priorité d'orientation analytique. À l'opposé, la conception du tout somatique est associée, d'une part, à un désintérêt pour la psychothérapie et, d'autre part, au projet de s'orienter plutôt vers la recherche, car le refus de tout genre de psychothérapie est pratiquement impossible dès lors qu'il s'agit d'exercer le métier de psychiatre, tout particulièrement en libéral, ce qui est plus ou moins l'idée de tous les internes dès lors qu'il voient mal comment ils pourraient développer toute leur carrière en institution. Autrement dit, le psychiatre pratiquant ne peut qu'être aussi psychothérapeute, ne serait-ce, on l'a dit, qu'en accompagnant son traitement médicamenteux d'une psychothérapie de soutien.

La conception de la psychothérapie comme constitutive de l'identité du psychiatre, croisée avec le fait que les internes en psychiatrie se veulent médecins et reconnus comme tels, se traduit par leur volonté de clairement définir la psychothérapie comme une pratique médicale. La dépsychologisation de la psychothérapie – c'est aussi de cette façon que l'on peut interpréter la perte de la juridiction intellectuelle de la psychanalyse sur la psychothérapie – est susceptible de transformer les regards des médecins sur la psychothérapie dans

un sens positif. Cependant, valoriser la psychothérapie, non seulement auprès des médecins mais avant tout auprès des internes en psychiatrie, passe nécessairement par la constituer en une solide compétence, ce qui appelle une vraie formation. Certes, le statut de la psychiatrie dans la médecine ne peut reposer, surtout aujourd'hui à l'heure des neurosciences, que très secondairement sur la qualité de la formation à la psychothérapie des internes. C'est pourtant un très mauvais signal que de laisser à penser, comme c'est le cas actuellement, que la psychothérapie est une pratique qui n'appelle pas forcément une formation rigoureuse et de haut niveau, qui peut relever d'un bricolage, comme cela ressort de fait souvent de la pratique des internes (« Je sais pas trop ce que je faisais, c'était un peu du bricolage, du feeling, pas très formalisé, avec mon bagage »). Sans doute la dimension « bricolage » est-elle toujours une part

de la pratique psychothérapeutique, part positive marquant la créativité constante qu'exige cette activité et qui s'acquiert par l'expérience avec les patients. Encore, faut-il que ce travail, et particulièrement la relation interne-patient, soient supervisés, tout d'abord lors de l'apprentissage initial, ce qui n'est que trop rarement le cas.

La reconnaissance des professions de haut niveau passe toujours par une formation théorique, abstraite, poussée [1]. Ainsi, le prestige de la psychanalyse était notamment dû à sa complexité intellectuelle, qui continue d'ailleurs souvent de susciter l'intérêt des internes. Aujourd'hui, la formation théorique peut être particulièrement enrichie par certains des travaux menés dans le cadre de l'evidence-based-medicine (dite médecine fondée sur les données probantes en français) appliquée à la psychothérapie. Or, force est de constater que les internes sont très

largement ignorants de ce domaine de recherche.

Une telle formation de haut niveau pratique et théorique à la psychothérapie ne constituerait qu'une possibilité offerte aux internes et non une obligation, tout en étant vigilant à éviter le risque d'une division des psychiatres entre des « psychiatres-psychiatres » et des « psychiatres-psychothérapeutes ». On peut d'ailleurs penser que la conception qui considère que les psychiatres sont, de par leur fonction, également des psychothérapeutes, conception se fondant sur l'idée de différents niveaux de psychothérapie est un arrangement conçu dans la seconde moitié des années 1990 [4] afin de maintenir la cohésion de groupe des psychiatres à l'heure de la forte intensification des différences d'orientations de la psychiatrie – sa biologisation, le déclin de la psychanalyse – et de sa désinstitutionnalisation [2, 6].

Conclusion

Poser la question de la formation à la psychothérapie dans le cursus de psychiatrie, c'est soulever divers enjeux, certains perçus par les acteurs directement concernés que sont les internes ou aussi les psychiatres, d'autres beaucoup moins. On n'en évoquera ou rappellera dans cette conclusion que quelques-uns. Celui de l'hétérogénéité des pratiques selon le cadre où elles interviennent, en institution et en pratique privée, libérale ; celui de la possibilité d'une division des psychiatres. Il y a aussi l'enjeu de la limitation du marché des psychothérapies à l'égard des psychologues. De fait, lorsque l'on considère le résultat et non pas les intentions – l'histoire abonde d'« effets non recherchés » pour reprendre l'expression de Max Weber – les internes les plus favorables à la psychothérapie, ceux qui veulent faire eux-mêmes des psychothérapies en refusant d'« être seulement des prescripteurs », œuvrent peut-être d'une certaine façon à cette limitation du marché.

Le projet d'instaurer une formation à la psychothérapie des internes en psychiatrie doit-il prendre en compte ce genre de problème ? Sans doute pas, afin de ne pas retarder encore les fortes décisions qu'appelle la nécessité de répondre rapidement au déficit de compétence des psychiatres dans une dimension essentielle de leur travail. Mais, il s'agirait néanmoins de tenter d'anticiper sur les possibles « effets non recherchés » d'un tel projet.

Conclusion

Références

- Abbott A. The system of professions: an essay on the division of expert labour. Chicago : The University of Chicago Press, 1988.
- Depaigne A. Les réactions à la publication d'un rapport sur la santé mentale. *Inf Psychiatr* 1998 ; 74 : 383-93.
- Fussinger C. « Faire de la psychothérapie la pièce maîtresse de la formation des psychiatres » : une proposition sans lendemain d'Henri Ey ? In: Coffin JC. (dir.). Conception de la folie et pratiques de la psychiatrie. *Autour d'Henri Ey (1900-1977)*. Cahiers Henri Ey 2008 ; 20-21 : 165-85.
- Fussinger C. Quelle place pour la formation dans les réglementations sur l'exercice de la psychothérapie ? In : Champion F, éd. *Psychothérapie et société* Paris : Armand Colin, 2008.
- Hanon C. La formation des internes en psychiatrie. Paris : Université Paris 6, 2001, 95 p.
- Pinell P. La normalisation de la psychiatrie française. *Regards sociologiques* 2004 ; 29 : 3-21.
- Van Effenterre A, Azoulay M, Champion F, Briffault X. La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d'une enquête nationale. *Encephale* (à paraître).

Aude VAN EFFENTERRE
Pédopsychiatre à Paris
Ancien membre du bureau de l'AFFEP

Marion AZOULAY
Interne, DES de psychiatrie, Paris
Ancien membre du bureau de l'AFFEP

Xavier BRIFFAUT et Françoise CHAMPION
Chercheurs en sociologie au centre CESAMES - CERIMES3



ARTAAS (Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles)

HISTORIQUE :

La société actuelle médiatise énormément les affaires de violences sexuelles, principalement de pédophilie. Elle se préoccupe de plus en plus du sort des victimes mais également de celui des délinquants sexuels et de leur risque de récidive.

Ce constat a mené les milieux judiciaires et sociaux à s'interroger sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. De part la spécificité de ces prises en charge, les professionnels de santé ont ressenti le besoin de se regrouper dans le but de confronter leurs réflexions clinique et éthique dans ce domaine.

La création de cette association « loi 1901 » s'inscrit ainsi dans une réflexion nationale sur la délinquance sexuelle dont le point d'orgue a été la parution en 1995 du « rapport Balier ».

SON ORGANISATION :

L'ARTAAS rassemble des psychologues et psychiatres travaillant auprès des auteurs de violences sexuelles, en milieu pénitentiaire, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, ou hors cadre pénal et désireux de partager leurs expériences cliniques.

Au niveau national :

Son rôle est d'organiser régulièrement des colloques et journées de rencontre et de réflexion. Elle contribue à l'organisation de congrès internationaux et nationaux (dont le dernier en date s'est tenu à Rouen, fin mars, sur le thème « du sexuel et de la sexualité dans les violences sexuelles »).

L'association intervient également dans l'enseignement universitaire (Master, DU), ainsi que dans la formation continue (santé publique, magistrature, administration pénitentiaire).

L'ARTAAS est actuellement présidée par Odile Verschoot, psychologue clinicienne au centre médico-psychologique régionale de Nantes.

Son président d'honneur est Claude Balier.

Au niveau régional :

Au nombre de treize, les associations régionales ont pour but de faire le lien avec l'organisation nationale, de faire remonter et diffuser les informations, mais également d'animer des rencontres entre les cliniciens s'occupant d'auteurs de violences sexuelles.

Elles favorisent aussi la parole entre justice et professionnels de santé.

SES MISSIONS :

« Soutenir la pensée là où la violence sexuelle provoque de la sidération ou des réactions immédiates »

→ L'initiation et la promotion de l'échange autour des expériences de psychiatres et psychologues. Ces processus sont favorisés par l'instauration, au niveau régional, de réunions pluri-annuelles évoquant les difficultés rencontrées par les soignants, principalement sur le plan clinique, mais également judiciaire ou éthique.

La présentation de cas en cours de suivi, la mise en commun des éléments cliniques dans le respect et l'anonymat du patient, ainsi que la confrontation de l'expérience acquise sont des outils d'aide thérapeutique et de soutien aux psychiatres et psychologues, dans la prise en charge difficile de ces patients complexes souvent obligés ou du moins incités à recevoir des soins.

→ Le soutien aux actions thérapeutiques et aux réseaux de soins, notamment par la communication auprès des patients auteurs de violences sexuelles via la distribution de plaquettes explicatives, mais aussi par la mise en place de groupes thérapeutiques en milieu pénitentiaire ou en milieu spécialisé (CRIAIVS : Centres Ressources pour Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles).

→ La formation et l'information des personnels soignants, judiciaires, sociaux et des médecins coordonnateurs, dans ces prises en charge particulièrement difficiles pouvant engendrer un sentiment de rejet de la part de certains soignants.

→ Le regroupement des informations sur les thérapeutiques, ainsi que leur diffusion aux professionnels de santé.

→ La représentation de l'ensemble des adhérents devant les instances régionales et nationales et en particulier les ministères de la justice et de la santé et les instances de tutelles.

→ La valorisation de l'orientation psychanalytique et psychodynamique, sans rejet des autres formes de psychothérapies, chez les auteurs de violences sexuelles afin d'initier une prise de conscience de l'acte et une compréhension du fonctionnement globale du patient.

→ L'initiation et la promotion de la recherche, tant théorique qu'appliquée, en lien avec les universités et associations compétentes sur tous les aspects de la problématique des violences sexuelles dans ses versants cliniques, psychopathologiques, criminologiques et victimologiques.

BILAN :

Depuis sa création en 1996, l'ARTAAS regroupe environ deux cents adhérents dans treize régions.

Outres ses missions habituelles, l'ARTAAS a participé à :

■ La mise en place d'un outil d'évaluation, la QICPASS (à définir - Questionnaire d'investigation Clinique Pour auteurs d'Aggressions Sexuelles), permettant une évaluation standardisée des auteurs de violences sexuelles, par l'introduction d'un tiers ;

■ La mise en place de médecins coordonnateurs dans le cadre de la loi du 17 Juin 1998 concernant du suivi socio-judiciaire ;

■ La création des Centres de Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAIVS) dont la plus part sont animés par les membres de l'association, dans le cadre du plan de Santé Mentale de 2005.

Xavier JEGOUZO
Interne, DES de psychiatrie, Rouen
Membre du bureau de l'AFFEP

Contact : via le site ARTAAS

Siège Social ARTAAS : 123 Rue de Reuilly 75012 PARIS Téléphone : 06 10 04 69 83

Référents régionaux

Antilles / Guyane : Michel DAVID, Franciane CONVERTY

Aquitaine : Laurence PAYEN

Auvergne : Cécile MIELE, Anne-Rachel VAN DER HORST

Bretagne / Pays-de-Loire : Sylvie LE LANN, Anthony MONNIER

Centre : Jean-Philippe CANO

Est : Ghislaine RENARD

Ile-de-France : Caroline LEGENDRE-BOULAY

Nord / Pas-de-Calais / Picardie / Belgique : Olivier VANDERSTUKKEN, Christine DROUART

Nord-Ouest / Normandie : Céline COLLIOT-THELENE, Daniel MUH

PACA : Sophie PLANTADE

Poitou-Charentes : Jérôme HETTE

Sud / Midi-Pyrénées / Languedoc : Nathalie LESCURE

Rhône-Alpes : Edouard PRADEL



SYNDROME D'ASPERGER ET CRIMINALITÉ



Introduction

Les individus présentant un syndrome d'Asperger souffrent de dysfonctionnements sur le plan des interactions sociales. Ce syndrome se distingue toutefois de l'autisme dit « classique » par un développement normal du langage et des fonctions cognitives, avec notamment un quotient intellectuel dans la norme ou supérieur à celle-ci.

Ces perturbations des habiletés sociales peuvent entraîner des situations conflictuelles, une agressivité ou des conduites antisociales. Certains émettent l'hypothèse qu'une mauvaise capacité d'analyse des situations sociales et un manque d'empathie seraient à l'origine de ces troubles des conduites.

Les études concernant le pourcentage de personnes incarcérées présentant un trouble du spectre autistique sont rares, et contradictoires. Aucune ne porte spécifiquement sur les détenus de maisons centrales dont le profil pénal est particulier de par la longueur des peines et la gravité des faits criminels.

Nous nous sommes donc intéressés à dépister ces troubles dans la population des détenus de la maison centrale d'Ensisheim, par le biais du QA (Quotient du spectre Autistique).

Dépistage

Nous avons proposé un test de dépistage du syndrome d'Asperger aux détenus de la maison centrale d'Ensisheim. Pour cela, nous avons utilisé un QA (Quotient du Spectre Autistique), questionnaire qui comporte 50 affirmations portant sur la communication, les habiletés sociales, l'imagination et l'attention. Le QA est une traduction française de l'AQ (Autism-Spectrum Quotient), échelle validée

en langue anglaise pour le dépistage du syndrome d'Asperger. Grâce à cette échelle, on obtient un score sur 50. Classiquement, un score supérieur à 32 est considéré comme positif. Un score normal est compris entre 12 et 26 chez les hommes, 11 et 23 chez les femmes.

Nous avons distribué un QA et une lettre explicative à chaque détenu de la maison centrale. 186 QA ont été distribués pendant les mois de février

et de mars 2012. 40 questionnaires ont été retournés correctement remplis.

Les résultats sont les suivants : 2 sujets présentaient un score inférieur à 11, 30 un score normal, c'est-à-dire entre 12 et 26, 4 présentaient un score entre 27 et 31, et 4 un score positif pour le syndrome d'Asperger c'est-à-dire supérieur à 32. Voir (Figure 1).

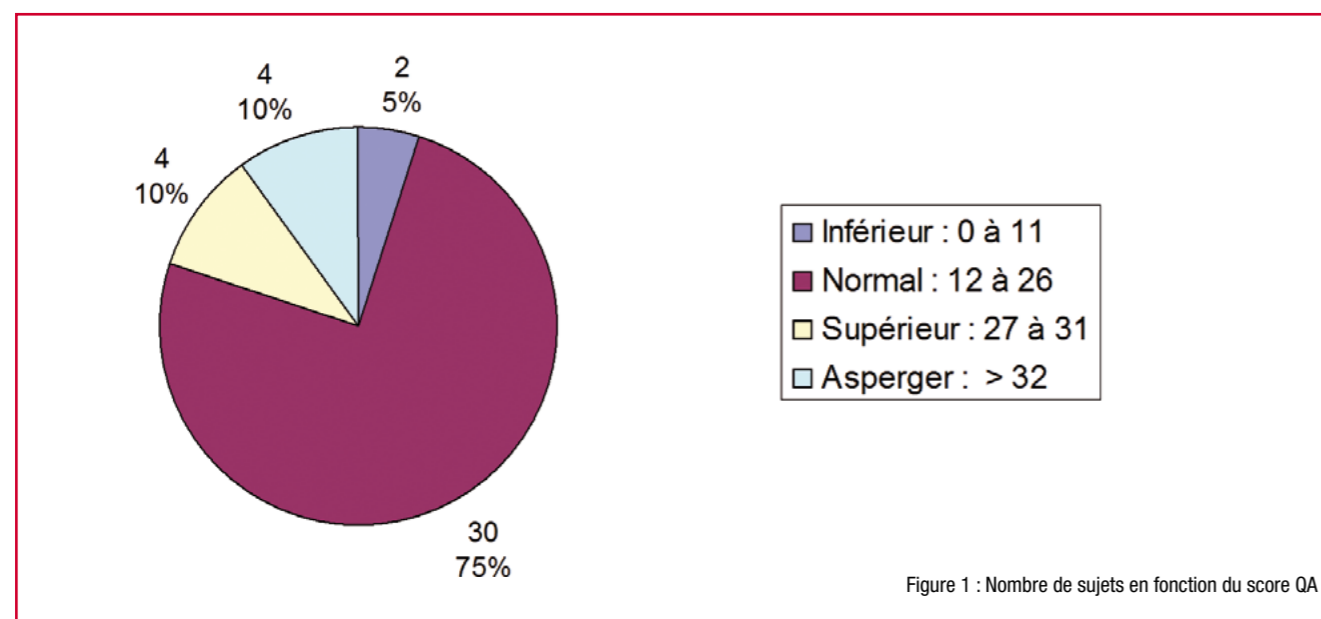


Figure 1 : Nombre de sujets en fonction du score QA

Ainsi, le pourcentage de sujets présentant un test de dépistage positif pour le syndrome d'Asperger était de 10 %, pourcentage beaucoup plus élevé que dans la population générale où celui-ci est compris entre 0.6 et 3 % selon les études.

Il s'agit d'une étude observationnelle permettant le screening d'une population à un moment donné et basée sur le volontariat des détenus, entraînant peut-être un biais de sélection, ce résultat peut donc être contesté.

Cas Cliniques

Nous allons revenir sur les quatre sujets dont le test est revenu positif.

Les sujets avaient la possibilité de rendre le questionnaire de façon anonyme, et l'un des 4 a choisi cette option, nous ne connaissons donc pas les éléments cliniques qui accompagnent ces réponses, ni le caractère de la condamnation. Cette personne avait obtenu un score de 34.

Un autre détenu a obtenu un score de 35. Celui-ci est incarcéré pour récidive de faits d'agressions sexuelles. Cliniquement, il présente une méfiance importante lors des entretiens. Il se décrit comme solitaire, évite les interactions avec les autres détenus ainsi qu'avec le personnel pénitentiaire. Il décrit cette méfiance depuis toujours, dit ne jamais avoir eu d'amis et avoir exercé des loisirs exclusivement solitaires avant son incarcération. Il se décrit comme collectionneur (timbres, objets divers) et appréciait particulièrement les longues promenades en pleine nature, parfois la nuit. Ce sujet relate clairement un antécédent érotomaniaque, non criti-

En effet, les sujets présentant des troubles du spectre autistique auraient pu être plus enclins à répondre que les autres, se sentant concernés par le texte explicatif joint au questionnaire. Par ailleurs, la cohorte est faible, le pourcentage obtenu n'est donc pas à prendre comme un chiffre de prévalence et ce n'était pas le but de ce travail.

Celui-ci était de sensibiliser sur la question du passage à l'acte chez le patient présentant un syndrome

qué, basé sur des mécanismes interprétatifs. Lors des entretiens aucun élément psychotique n'a été noté, toutefois il existe un doute sur un épisode délirant paranoïde dans ses antécédents, dont la durée et la date de début n'ont pas pu être précisés, et suite auquel un antipsychotique a été prescrit.

L'expertise psychiatrique a conclu à une personnalité paranoïaque avec des aménagements pervers.

Un second sujet a également rendu un questionnaire calculé à 35 points. Celui-ci est incarcéré pour des faits d'homicide avec agression sexuelle. Cliniquement, c'est également un sujet très solitaire, qui n'a quasiment aucune interaction avec les autres détenus. Aucun élément psychotique n'est noté. Là aussi, plusieurs interactions avec des femmes ont mené à des discours amoureux inappropriés, sans pour autant parler d'érotomanie. Le passage à l'acte semble résulter d'une de ces relations d'attachement.

Le dernier a obtenu un score de 40. Ce sujet est incarcéré pour homicide.

Cliniquement, on peut constater une

d'Asperger, diagnostic rarement évoqué lors des expertises psychiatriques.

Ainsi, dans cette population particulière que sont les détenus de la maison centrale d'Ensisheim, il apparaît probable qu'un pourcentage de détenus supérieur à la population générale, présente un syndrome d'Asperger. Aucune étude portant sur l'épidémiologie du syndrome d'Asperger dans les prisons françaises n'a été publiée à ce jour.

rigidité très importante, des traits paranoïaques prononcés avec une méfiance et une tendance à l'interprétation négative des sentiments ou comportements des autres. Il se définit comme rancunier et se dit souvent déçu par les autres. Il évoque des difficultés récurrentes avec les autres, difficultés qui l'entraînent à engager de nombreux actes procéduriers et qui l'ont conduit au passage à l'acte hétéroagressif. Ce sujet présente une vie sociale plus riche que les précédents, il a des interactions avec d'autres détenus, et avant l'incarcération il était entouré de plusieurs « amies ». En effet, il décrit des difficultés à communiquer avec les hommes et une affinité plus grande avec les femmes. L'expertise a conclu à une personnalité paranoïaque, aucun élément psychotique n'a été constaté.

Un suivi personnalisé a été proposé à ces patients. Pour ceux-ci, le syndrome d'Asperger n'avait pas été évoqué lors de l'expertise. On peut se poser la question d'une sensibilisation trop peu importante des experts psychologues et psychiatres à ce sujet.

Conclusion

Cette population de détenus est particulière de par la longueur des peines prononcées (supérieure à dix ans) et le caractère des passages à l'acte criminels (un pourcentage important d'agresseurs sexuels).

Des études multicentriques seraient nécessaires en France afin d'approfondir ce sujet. En effet, cela permettrait d'orienter la thérapie de certains patients qui sortent de prison sous obligation de soins.

AGENDA DES CONGRÈS

Agenda des prochains congrès et colloques

1^{er} congrès de la Fédération Trauma Liaison Suicide Urgences

« L'art de la rencontre »

Du 19 au 21 septembre 2012 à Nancy.

41^{ème} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée - AFPEP

« Invention, réinvention du soin »

Du 27 au 29 septembre 2012 à Bordeaux, 17 place de la Bourse.

31^{èmes} Journées de l'Information Psychiatrique - SIP

« Mais, que fait la psychiatrie ? »

Du 3 au 6 octobre 2012 à Lyon - la Cité - Centre des Congrès.

Congrès National des Internes en Psychiatrie - CNIPsy

« Le rêve »

Du 18 au 19 octobre 2012 à Amiens.

2^{ème} journée de formation, MASTERCLASS (AFTAD)

« Les pathologies psychotraumatiques : comprendre et agir »

Le jeudi 8 novembre 2012 à Paris, FIAP Jean Monnet, 30 rue Cabanis 75014

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

« Le corps et l'esprit »

Les vendredi 9 et Samedi 10 novembre 2012 à Paris, 1/13 quai de grenelle 75015

4^{ème} Congrès de Psychiatrie Français - CFP

« Psychiatrie, intersubjectivité et interaction sociale »

Du 28 novembre au 1er décembre 2012 à Paris la défense - CNIT

11^{ème} Congrès de l'Encéphale

Du 23 au 25 janvier 2013 à Paris, au Palais des Congrès

13^{ème} Journée de l'Interne (JDI)

Le vendredi 29 mars 2013 à Paris, au S.H.U de l'hôpital Sainte-Anne

BD : « La vérité sort de la bouche des patients » Monsieur Gribouille



Toutes les informations sur les congrès et colloques sur

www.affep.fr

Les annonces de RECRUTEMENT

Ille de France

Le Centre de Psychothérapie d'Osny (capacité 64 lits)

Recherche pour ses secteurs de Psychiatrie Adulte et d'Addictologie

- **1 remplaçant Médecin Psychiatre** pour les mois de Juillet et Août 2012
- **1 Médecin Psychiatre à temps partiel** à partir de Septembre 2012

Les candidatures et CV sont à adresser à :
M. le Docteur Jérôme Petitdidier
3,rue Xavier Bichat - 95520 Osny
Tél : 01 34 24 75 75
Email : cpo95@orange.fr

www.centre-psychotherapie-osny.com

Alsace

Le CH d'Erstein

recherche pour compléter une équipe pluridisciplinaire dynamique et nombreuse

Nombreuses activités du pôle, CMP, CATT, HDJ, et unités transversales, (unité périnatalité et soins précoces, TED et programme d'accompagnement au diagnostic, unité "adolescents" en cours de développement).
Facilité de logement.

1 Assistant Spécialiste ou 1 Praticien Hospitalier à temps partiel pour son pôle Périnatalité Enfance et Adolescence

au coeur de l'Alsace à 25km au sud de Strasbourg
Site : www.ch-erstein.fr

Pour tout renseignement concernant le poste, contacter :
Madame le Docteur Nicole Steinberg - responsable de pôle au 03 90 64 21 76 - n.steinberg@ch-erstein.fr
Les candidatures et CV sont à adresser à :
CH d'Erstein à l'attention de Mme Adeline Clec'h
Direction des Ressources Humaines - 13,Route de Krafft - 67152 Erstein Cedex
Tél: 03 90 64 20 02 - Email: a.clech@ch-erstein.fr





Le GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD Villejuif (94) - Clamart (92) - proche de Paris accès Métro station Louis ARAGON (ligne n° 7), Bus n° 172 et 131 - Arrêt GH Paul Guiraud, recrute

ASSISTANTS SPECIALISTES EN PSYCHIATRIE H/F PRATICIENS CONTRACTUELS H/F - temps plein - temps partiel

Pour tous renseignements, vous pouvez contacter :
Mme NIVOY, responsable des affaires médicales au 01 42 11 70 05 - sophie.nivoy@ch-pgv.fr

Merci d'adresser une lettre de candidature, accompagnée d'un C.V. et de la photocopie de vos diplômes, à Madame Colette KANTORSKI, D.R.H., Groupe Hospitalier Paul Guiraud, 54 avenue de la République, 94806 VILLEJUIF cedex.

www.ch-pgv.fr

Corse

Le Centre Hospitalier Départemental de Castelluccio



recrute
Assistants Spécialistes ou Praticiens Hospitaliers de Psychiatrie

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

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

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



Etablissement public de santé Roger PREVOT MOISELLES (95570)

recherche pour son secteur de psychiatrie adulte Gennevilliers

un Praticien hospitalier à temps plein → SPÉCIALISÉ EN PSYCHIATRIE

L'activité du psychiatre sera répartie entre la prise en charge des patients en hospitalisation complète et les consultations au Centre Médico-Psychologique. Il s'appuiera sur une équipe médicale de 7 équivalents temps plein et exercera au sein d'un pôle comportant des structures d'hospitalisation complète et d'autres de réinsertion socio-professionnelle.

Renseignements Docteur Irène NKAM, Médecin Chef du secteur de Gennevilliers (92) Tél 01.39.35.63.04

Adresser candidature et CV à :
Monsieur le Directeur
Etablissement public de santé Roger PREVOT
52, rue de Paris 95570 MOISELLES
affaires-medicales@eps-rogerprevot.fr
Bureau des affaires médicales 01 39 35 65 23.




3 Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques du Gard recrutent **pédopsychiatre/psychiatre** CDI CCN 1966

- Association CPEAG ITEP le Grézan Nîmes 0,34 ETP à destination d'un SESSAD (5 à 20 ans) et d'un internat/semi internat (11 à 18 ans)
- Association ANER ITEP les Alicantes Nîmes 0,5 ETP à destination d'un SESSAD (3 à 18 ans) et famille d'accueil/semi internat (5 à 14 ans)
- Association PEP ITEP Les Amarinières Alès 0,40 ETP à destination d'un SESSAD et d'un Internat/semi-internat (12 à 17ans)

- Population accueillie en ITEP : Décret n°2005-11 « Enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.
- Profil du poste : Détermination des diagnostics, prescription et suivi des traitements et rééducations, coordination thérapeutique institutionnelle, réunion de synthèse et projet thérapeutique, liens et coordination avec les différents dispositifs du secteur psychiatrique du département.
- Intervention du médecin psychiatre selon le calendrier scolaire
- Poste à pourvoir pour le 1^{er} Septembre 2012

Les candidatures avec CV sont à adresser à :
Madame Lyon - ITEP Le Grézan - Chemin du Mas Guiraud - 30000 Nîmes
Tél:04 66 02 11 44 - Email:direction@legrezan.fr



Favoriser la réconciliation de l'enfant avec lui-même, les autres et l'apprentissage

Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes (Gard)

RECHERCHE A TEMPS PLEIN UN MEDECIN PEDOPSYCHIATRE

pour son Secteur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
référé à la psychothérapie institutionnelle et articulé sur un réseau clinique du lien pluri institutionnel

Les candidatures et C.V. sont à adresser à la D.R.H.F.

tel : 04.66.78.34.57 - Fax : 04.66.78.30.20
secdrhf@ch-ales.fr

Pour tout renseignement concernant l'activité du service contacter :

Docteur Charly CARAYON et Docteur Marie ALLIONE
tel : 06.89.88.96.45 et 06.81.71.05.62



LE CENTRE HOSPITALIER DE FAINS-VÉEL



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



Centre Hospitalier Philippe Pinel Etablissement Public de Santé Mentale à Amiens, ville universitaire en Picardie - 1h15 de Paris et de Lille



Implanté sur un vaste terrain de 34 hectares situé à Amiens, le Centre Hospitalier Philippe Pinel est chargé de la prise en charge des maladies mentales dans les quatre secteurs géographiques qui lui sont rattachés. Sa capacité d'accueil est de 357 lits et de 354 places en extra-hospitalier.

L'établissement recrute :

2 MÉDECINS PSYCHIATRES

pour ses activités en Service Médico-Psychologique Régional
au sein de la Maison d'Arrêt d'Amiens
Postes à pourvoir en CDI – temps plein

Contact :

Madame le Docteur LEMAIRE, Responsable du SMPR
Tél. : 03.22.44.62.38 - mail : marie-blanche.lemaire@ch-pinel.fr

Adresser candidature à :

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Philippe Pinel
Route de Paris - 80044 AMIENS Cedex 1



L'association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de l'Aveyron (450 salariés) dont le siège est à Rodez (12) gère des établissements et services du secteur médico-social : ° Pôle Enfants : 1 CMPP, 2 IME, 2 SESSAD ° Pôle Adultes : 1 Foyer occupationnel, 1 FAM (ouverture en septembre 2012), 1 SAVS (ouverture en août 2012).

ELLE RECRUTE POUR SES ÉTABLISSEMENTS :



UN MEDECIN PEDOPSYCHIATRE (ou) MÉDECIN PSYCHIATRE (H/F) : CDI 0.78 ETP

Temps partiel réparti sur : IME et SESSAD Saint-Laurent d'Olt (0.32 ETP), IME Lapanouse de Séverac (0.19 ETP), SESSAD Sébazac (0.07 ETP), CMPP Sud (0.20)
Possibilité d'un appartement de fonction dans l'IME de Lapanouse de Séverac (à 5 mn de la A75)

UN MEDECIN PSYCHIATRE (H/F) : CDI 0.32 ETP

Temps partiel réparti sur : FOYER et FAM Recoules-Prévinquières (0.32 ETP)

Le(la) psychiatre aura pour missions : concourir, par sa qualification, au bon fonctionnement institutionnel et participer au maintien de la dimension thérapeutique de l'ensemble du dispositif - veiller à la cohérence thérapeutique de la prise en charge de chaque usager - veiller à la prise en considération des pathologies et suivre leur évolution en lien l'intersecteur de psychiatrie de Rodez et Millau.

Le(la) psychiatre interviendra : dans le cadre du projet institutionnel, des projets individuels et des procédures sous la responsabilité du Directeur de Pôle dans un travail de collaboration interdisciplinaire. Convention collective S1 rémunération selon expérience.

Les dossiers de candidature (CV + lettre manuscrite + photos) sont à adresser à Monsieur le Président - 17 Boulevard Denys Puech - 12000 RODEZ.
par courrier ou par mail à : dgpep12@orange.fr
Pour plus d'informations, demander par mail la fiche " métier " de l'établissement.

Poste à pourvoir à la rentrée de septembre.

L'APEI DU VALENCIENNOIS recrute PSYCHIATRE(S)



- CDJ
- Cumul possible des postes, limite 1 ETP
- CCN 15/06/1966

MISSIONS

- Secteur enfance
- accompagner le public déficient intellectuel, avec TED dont autisme à l'IME Léonce Malécot (0,44 ETP), en situation de polyhandicap à l'IME la Cigogne (0,30 ETP), avec troubles du comportement et de la conduite associés à l'IMPRO la Tourelle (0,31 ETP).
 - proposer aux parents une lecture claire du diagnostic et des indications thérapeutiques.
 - participer à l'admission et à l'élaboration des

projets individuels

- assurer la prescription des prises en charge

SAMSAHP (0,20 ETP)

- participer aux admissions
- assurer des entretiens d'évaluation
- participer à l'élaboration des projets personnalisés
- rédiger les certificats et écrits professionnels
- recevoir les usagers en difficulté ou situation d'urgence.

PROFIL :

- Diplôme d'État
 - Expérience du public déficient intellectuel et/ou des troubles psychiques
 - Maîtrise de Word, Excel, Outlook.
- Envoyer candidature (LM, CV, copie des diplômes, ext. n°3 du casier judiciaire récent), au Directeur Général - APEI du Valenciennois, 81 avenue Anatole France - 59410 ANZIN ou par mail : balle-jb@apei-val-59.org
Détail de l'offre sur www.apei-valenciennes.com

Rhône-Alpes

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



CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE NORD DAUPHINE



Recrute 1 Médecin Psychiatre,

→ À COMPTER DU 1ER JUIN 2012

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

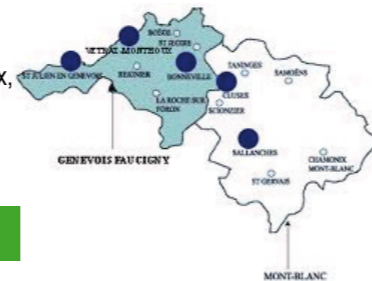
www.cp-nord-dauphine.fr



L'EPHM de la Vallée de l'Arve

Dans un environnement agréable, au cœur des montagnes, Etablissement situé à La Roche-sur-Foron, entre Annecy et Chamonix, et à 20 km de Genève

3 secteurs de psychiatrie adulte - 2 secteurs de pédopsychiatrie
 520 agents - 35 médecins



Recrute 2 pédopsychiatres

- Nouveaux locaux inaugurés en mai 2012 -

Contact : Mme Noël, DRH - NOEL-E@ch-epsm74.fr



L'ADSEA69 recrute

Un Médecin Psychiatre

Rémunération
 Selon convention collective du 15 mars 1966.

Prise de fonction dès que possible

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

Mission

Au sein de l'équipe cadre, la fonction du médecin psychiatre est :

- D'assurer le suivi médical des personnes reçues et l'accompagnement des équipes pluridisciplinaires.
 - De soutenir la dimension soignante et bienveillante du projet d'établissement.
- Diplômes et compétences
- DES de psychiatrie et/ou DU autisme

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

Base Normandie



LE CENTRE HOSPITALIER DE VIRE

(Calvados – 45 minutes de Caen et de la mer – 2 heures de Paris train direct)



RECHERCHE

un Praticien Hospitalier à Temps Plein spécialiste

en psychiatrie polyvalente

Possibilité de venir visiter notre établissement et de rencontrer le service de Psychiatrie.

Les frais occasionnés par le déplacement sont entièrement à la charge du Centre Hospitalier de VIRE

Médecin polyvalent et qualifié en Psychiatrie Adulte pour les services :

- UHTRS,
- UHTP,
- Centre de jour l'Odon (AUNAY SUR ODON),
- Centre de jour Vaubillon (CONDE SUR NOIREAU),
- Centre de jour Anémone (VIRE).

Contact :

Mlle LETELLIER, Attachée d'Administration

Tél : 02 31 67 47 06

a.letellier@ch-vire.fr

Poste à pourvoir sur le pôle santé mentale

Suisse



Starte durch. Beim Kanton Bern (CH)

Die psychiatrischen Dienste Biel-Seeland – Berner Jura (PDBBJ) haben den Auftrag, die ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische Grundversorgung des Berner Juras, des Bezirks Biel und des Seelands zu gewährleisten.

Der Standort Biel/Bienne-Seeland umfasst die Schwerpunktbereiche Notfall / Abklärung, Mobile Krisenintervention, ambulante Sprechstunde, Gemeindenahe Psychiatrie, Tagesklinik und Akuttagesklinik. Biel ist für den FMH-Titel in Psychiatrie und Psychotherapie in Kategorie A (3 Jahre ambulant) anerkannt.

Für unseren Standort in Biel suchen wir

Cheffes de clinique / Oberärzte 80% - 100%
 Ab sofort oder nach Vereinbarung

Sowie

Médecins assistants / Assistenzärztinnen,
 80 - 100%

Kontakt

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bis am 31. Juli 2012 an die Psychiatrischen Dienste Biel-Seeland – Berner Jura, Frau Claudine Liechti, Ressources humaines, CH-2713 Bellelay (claudine.liechti@gef.be.ch).

Für die Akuttagesklinik per 1. Oktober 2012 oder nach Vereinbarung
 Für Notfall / Abklärung per 1. Februar 2013 oder nach Vereinbarung

Intéressiert ?

Mehr Informationen finden Sie auf www.spjbb.gef.be.ch.



Das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG) ist für die psychiatrische Versorgung des zweisprachigen Kantons Freiburg zuständig. Das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit ist Lehrspital der Universität Fribourg und verfügt über die volle Weiterbildungsanerkennung für Kinder-, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie.

PSYCHIATRIE ZWEISPRACHIG (D/F) IN DER SCHWEIZ

Suchen Sie eine spannende berufliche Herausforderung in einem dynamischen, zweisprachigen Umfeld in einer noch jungen Institution und möchten Sie in landschaftlich faszinierender Umgebung (Alpen und Genfer See in ca. 20-30 km Entfernung, Bern/Lausanne 30-50 km Entfernung) Ihre Deutsch- oder Französischkenntnisse verbessern (wir unterstützen Sie aktiv dabei)?

Dann melden Sie sich bei uns:

Als noch junge Institution entwickeln wir unsere Angebote ständig weiter und bauen unser Angebot fortlaufend aus. Im Zuge der Weiterentwicklung unserer Angebote suchen wir Sie als zukünftige Assistenz- und Oberärzte (80-100%) in unserem Netzwerk für die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung unserer Patienten.

Ihr Tätigkeitsgebiet in unserem Netzwerk:

- Rufen Sie uns einfach an oder mailen Sie uns ?
- Wir haben Stellen in der ambulanten, tagesklinischen oder stationären Versorgung. Setzen Sie sich mit uns in Verbindung und wir planen mit Ihnen gemeinsam Ihren weiteren Weg in Ihrer Karriere

Ihr Profil:

- Sie haben Ihr Studium abgeschlossen, bereits Erfahrung in Psychiatrie oder auch in einem anderen Fach, Sie haben bereits oder werden bald Ihren Facharzt abschliessen
- Sie wollen Neues lernen und haben Lust, an der Schnittstelle zwischen deutsch- und französischsprachiger Psychiatrie zu arbeiten

Wir bieten Ihnen:

- ein noch junges, dynamisches und zweisprachiges Umfeld in einer werdenden Universitätsklinik (mit Anschluss an die Universität Fribourg)
- moderne Arbeitsbedingungen
- volle Weiterbildungsmöglichkeit für Kinder-, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie gem. Schweizer Richtlinien mit Weiterbildungsnachmittagen an den Universitäten Lausanne oder Bern
- Karriereplanungsgespräche zur Förderung Ihrer individuellen Weiterentwicklung
- gute Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten
- Möglichkeit zur ambulanten, stationären und teilstationären Tätigkeit

Wir bieten die vollständige Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gem. Schweizer Richtlinien und unterstützen Ihre Fortbildung sowie Ihre persönliche und berufliche Entwicklung.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen gerne

Herr Dr. med. André Kuntz, leitender Arzt, zu Verfügung.

☎ +41 26 305 76 02 ✉ KuntzA@rfsm.ch
Ihre Bewerbung richten Sie bitte mit den üblichen Unterlagen an:
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit
c/o Stationäres Behandlungszentrum
Personalabteilung
CH-1633 Marsens
oder per E-Mail an PoulinV@rfsm.ch



L'être humain au centre.

L'Hôpital du Valais cherche régulièrement pour son Département des Institutions Psychiatriques du Valais Romand (IPVR), dont le siège est situé à Monthey (Suisse), proche de Montreux, à quelques kilomètres du lac Léman et des montagnes:

des postes de médecins-assistants (internes) et chefs de clinique en formation post-graduée en psychiatrie et psychothérapie

pour ses services de **psychiatrie et psychothérapie** hospitalière de l'adulte, d'enfant et adolescent, de la personne âgée ainsi que pour ses services communautaire, pénitentiaire et d'expertises psychiatriques.

Vous trouverez l'annonce détaillée ainsi que les informations utiles sur le site

www.hopitalvs.ch/emploi/psy

www.hopitalvs.ch
www.spitalvs.ch



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

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

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

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



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

Une idée d'article ?!

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



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

Réseau Pro Santé est une plateforme sociale dont l'intérêt est de susciter l'échange et de faciliter le quotidien des professionnels de la santé, en proposant divers services allant de la création de réseaux, à la recherche d'offres de recrutement, à la consultation et l'enrichissement d'une base de connaissances.



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