



Le Psy Déchainé

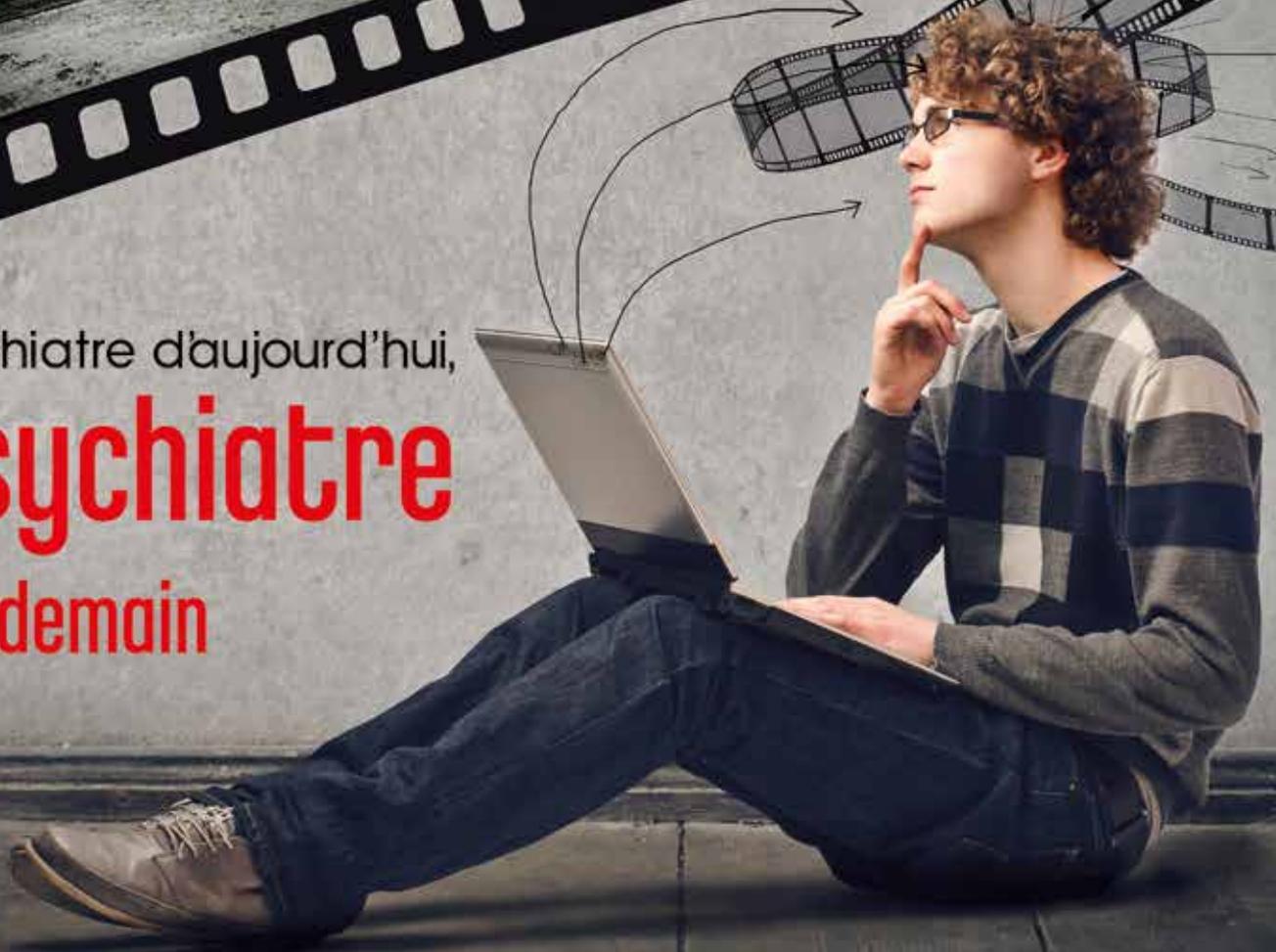
Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie | N°14 - Juin 2015



Psychiatre d'aujourd'hui,

psychiatre

de demain



Le Psy Déchainé Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie | N°14 - Juin 2015



SOMMAIRE

Edito	01
Actualité	02
▶ L'AFFEP change de look !	
Késako	04
▶ Psychiatre, psychiatrie et psyché	
Dossier thématique : Psychiatre d'aujourd'hui, et psychiatre de demain	05
▶ Véçu (d')interne.....	06
▶ Psychiatrie , médecine et société	08
▶ La Pédopsychiatrie : de l'enfant à l'adolescent, à travers le monde	14
▶ La Psychiatrie de la Personne Âgée a-t-elle un avenir ?	16
▶ Addict à l' addicto ?	18
▶ Poster : le profil de l'interne en psychiatrie	20
▶ Parole aux internes	22
▶ Réforme du 3 ^{ème} cycle des études médicales : la grande vadrouille	26
▶ Psychiatrie et psychologie : confluence ou divergence ?	31
▶ Infirmier psy : le soin au quotidien	36
▶ Neurologie et psychiatrie : je t'aime, moi non plus !	39
▶ Psychiatrie 2.0 : un besoin urgent de formation	42
▶ La psychiatrie médico-légale pour tous !	44
▶ Les psychiatres, experts de l'expertise ?	46
▶ Psychiatre libéral : psychiatre libéré ?	48
BD	52
▶ La vérité sort de la bouche des patients	
Agenda des congrès	53
Pour vous détendre	54
▶ Jeu : Qui suis-je ?	
Annonces de recrutement	56

Présidente :
Bénédicte BARBOTIN, president@affep.fr

Vice-présidente :
Marine LARDINOIS, vice-president@affep.fr

Secrétaire :
Alice VIGNES, secretariat@affep.fr

Trésorière :
Gabrièle MUGNIER, tresorier@affep.fr

Coordination nationale :
Benjamin LAVIGNE, coordination-nationale@affep.fr

Délégués EFPT :
Mircea RADU, Clément DONDÉ-COQUELET
et Julia SIMMONDS, efpt@affep.fr

Délégués syndicats :
Alexis LEPETIT et Reda BOUKAKIOU,
coordination-syndicale@affep.fr

Responsable communication :
Camille QUENEAU
communication@affep.fr

Webmaster :
Renan DUPREZ et Romain SAYOUS,
webmaster@affep.fr

ISSN : 2267-2206

Rédacteur en chef : Benjamin LAVIGNE

Rédactrice en chef adjointe : Camille QUENEAU

Reporter : Caroline WIETZEL

Ont participé à ce journal :

Aude VAN EFFENTERE, Jean-Jacques LABOUTIÈRE, Bernard ODIER, Marie-Rose MORO, Jean-Pierre CLÉMENT, Michel LEJOYEUX, Déborah SEBBANE, Emanuel LOEB, Manuel RUBIO, Bénédicte BARBOTIN, Marine LARDINOIS, Alexis LEPETIT, Raphaël TROUILLET, Didier MORISOT, Jean-Arthur MICOULAUD-FRANCHI, Olivier ANDLAUER, Jean-Louis SENON, Daniel ZAGURY, Elie WINTER, Gabrièle MUGNIER.

Bande dessinée : Claire Farina

1^{ère} de couverture : Benjamin LAVIGNE et Camille QUENEAU.

Régie publicitaire :

Reseauprosante.fr / Macéo éditions
6, avenue de Choisy
75013 Paris
M. TABTAB Kamel, Directeur

Imprimé à 2700 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

C'est quoi être psychiatre ?

Depuis que j'ai commencé mon internat, j'ai souvent posé cette question à de nombreux collègues, seniors, internes ou professeurs. Je crois n'avoir jamais entendu une réponse qui ressemble à une autre ! Je me demande toujours s'il s'agit d'une bonne chose, ou pas !

Est-ce le signe de l'éclectisme de la psychiatrie, de cette pluralité d'opinions, et de l'ouverture d'esprit des psychiatres ?

Ou bien le témoin du chaos dans lequel nous évoluons en permanence, où personne ne partage jamais le même avis, où tout le monde propose une réponse, et où finalement, les psychiatres n'arrivent même pas à se mettre d'accord sur leur objet d'étude ?

Rien de tel qu'un Psy Déchainé pour y répondre ! Une fois n'est pas coutume, ce numéro de votre journal laisse donc de côté ses rubriques favorites, pour vous proposer un dossier spécial qui tentera d'explorer cette question, celle de la définition de la psychiatrie, de son évolution d'hier à aujourd'hui, et d'aujourd'hui à demain.

Pour cela, nous sommes donc allés à la rencontre de nombreux psychiatres, hospitaliers, universitaires, libéraux ou même experts. Nous sommes également allés questionner nos collègues psychologues et infirmiers, qui travaillent à nos côtés au quotidien !

Psychiatrie de l'adulte, de la personne âgée, de l'enfant, addictologie, neurophysiologie, psychiatrie médico-légale... les discussions ont été très riches, avec des professionnels passionnés et passionnants !

Nous avons enfin proposé à deux internes, Emanuel et Manuel (ça ne s'invente pas !) de confronter leur vision, très différentes, du métier qu'ils exerceront tous les deux dans quelques mois.

Nous espérons que vous aurez autant de plaisir à lire ce dossier que nous en avons eu à le construire. Et nous attendons bien sur vos réactions ! Dites nous ce qu'est, pour vous, la psychiatrie !

N'hésitez pas à nous contacter, que ce soit via Twitter, Facebook, ou en consultant notre nouveau site, désormais en ligne : www.affep.fr. Eh oui, l'AFFEP est définitivement passé au 2.0 ! Mais pour les amoureux du papier, vous pouvez toujours nous envoyer du courrier, ça marche encore !

Enfin, nous sommes preneurs de toutes vos idées d'articles !

Bonne lecture.

Benjamin LAVIGNE
Rédacteur en chef

1

ACTUALITÉS

L'AFFEP change de look !

NOUVEAU LOGO

Un jeu-concours lancé en 2014 et plusieurs mois pour choisir, modifier, peaufiner, ... enfin le voici ! Nous avons eu le grand plaisir de vous faire découvrir le nouveau logo de l'AFFEP sur la page Facebook et le compte Twitter de l'association, ainsi que dans la newsletter d'avril !



SITE INTERNET

Avec le nouveau logo, c'est aussi le site internet qui se fait cette année une nouvelle tête !

Retrouvez le toujours à la même adresse, **affep.fr**, découvrez son contenu mis à jour, et quelques nouveautés, comme votre espace adhérent personnalisé. Vous avez reçu début juin un mail avec vos identifiants pour vous connecter et profiter d'informations et d'actualités ciblées en fonction de votre lieu d'internat !

Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie

ACCUEIL ASSOCIATION FORMATION INTERNAT MOBILITE ACTUALITES

L'AFFEP, QU'EST CE QUE C'EST ?

L'AFFEP (anciennement intitulée Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie) a été créée en 1968, initialement pour participer au forum européen des internes en psychiatrie : l'EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees). Les missions de l'AFFEP sont nombreuses : favoriser le dialogue entre internes, diffuser les informations concernant l'internat et la formation au métier de psychiatre, aider à la création et au développement des associations locales, participer à l'amélioration de la formation et à l'organisation de congrès, représenter les internes auprès des tutelles... Loin des clivages et autres obédiences, l'AFFEP est avant tout un lieu de rencontres et d'échanges cherchant à porter la voix des internes et à les accompagner tout au long de leur cursus.

- La communication entre internes
- La diffusion des informations
- La participation aux congrès
- L'amélioration de la formation

L'ASSOCIATION

LE BUREAU

LES RÉFÉRENTS

COMMENT FAIRE PARTIE DE L'ASSOCIATION ?

LES "IEUV"

Psychiatre, psychiatrie et Psyché ?

Le mot « Psychiatrie » vient du grec psyche (âme, esprit) et iatros (médecin).

Il semble que c'est en Allemagne et en 1808 que le terme psychiatrie (psychiaterie) a été utilisé pour la première fois dans un écrit de Johann Christian Reil (médecin, anatomiste, physiologiste et ...donc psychiatre (!) allemand).

Le terme serait toutefois apparu dès 1802, comme celui de « psychiatre », mais n'aurait commencé à remplacer celui de « médecine aliéniste » qu'à partir des années 1860. Il aurait nettement pris le pas sur les autres vocables utilisés (aliénisme, médecine mentale,...) dans le courant du siècle suivant, avec notamment la décision de rebaptiser les « asiles d'aliénés » en « hôpitaux psychiatriques » en 1937.

Un petit détour par l'étymologie nous renvoie à la « psyché », mot grec signifiant « souffler » souvent traduit par « âme » ou « souffle de vie », déjà utilisé dans *la Septante et le Nouveau Testament* (traduction du terme hébreu *nephesh*) et dans bien des domaines ensuite.

Dans la mythologie, Psyché est une allégorie de l'âme, représentée avec des ailes de papillon. Mais c'est également le nom d'un personnage des *Métamorphoses*, roman d'Apulée, semblant être adaptée librement d'un conte oriental. *Psyché* y est la fille d'un roi, qui conquiert l'amour de Cupidon lui-même, devenant déesse à son tour, amenant l'amour et l'âme à être ainsi réunis pour l'éternité.

Chez Aristote, le mot *psyché* désignait le principe vital aussi bien que le principe pensant.

En psychologie, la psyché désigne l'ensemble des manifestations conscientes et inconscientes de la personnalité.

La différenciation entre psyché et conscient fut une des pierres angulaires de l'étude de la notion d'inconscient, par Freud et Jung notamment, comme le montre cette citation de Frieda Fordham : « Jung a choisi les termes psyché et psychique pour parler de l'esprit et de l'activité mentale, car si esprit et mental sont principalement associés à la conscience, psyché et psychique couvrent à la fois la conscience et l'inconscient ».

Le mot « Psychiatrie » vient du grec psyche (âme, esprit) et iatros (médecin).

Ambitieux programme, celui d'être le médecin du conscient et de l'inconscient, de l'âme, du « souffle de vie », ou encore d'une déesse amoureuse...

Il faudra peut être plus de 4 ans d'internat...!

Ce petit retour en arrière nous amène à nous poser une question : S'il l'a été un jour, le psychiatre d'aujourd'hui est-il toujours le médecin de l'âme ?

En d'autres termes, quel est l'objet d'étude de la psychiatrie en 2015 ?

Est-ce toujours l'âme, le conscient et l'inconscient ?

Serait-ce le cerveau ? Le psychiatre serait alors un... encéphalologue ? Ou se rangerait-il dans le rang de ses collègues neurologues ?

Ou bien seraient-ce les comportements humains ? Amenant le psychiatre à rejoindre les éthologues, en tant que spécialiste de l'éthologie humaine ?

Et le psychiatre de demain, qu'étudiera-t-il ?

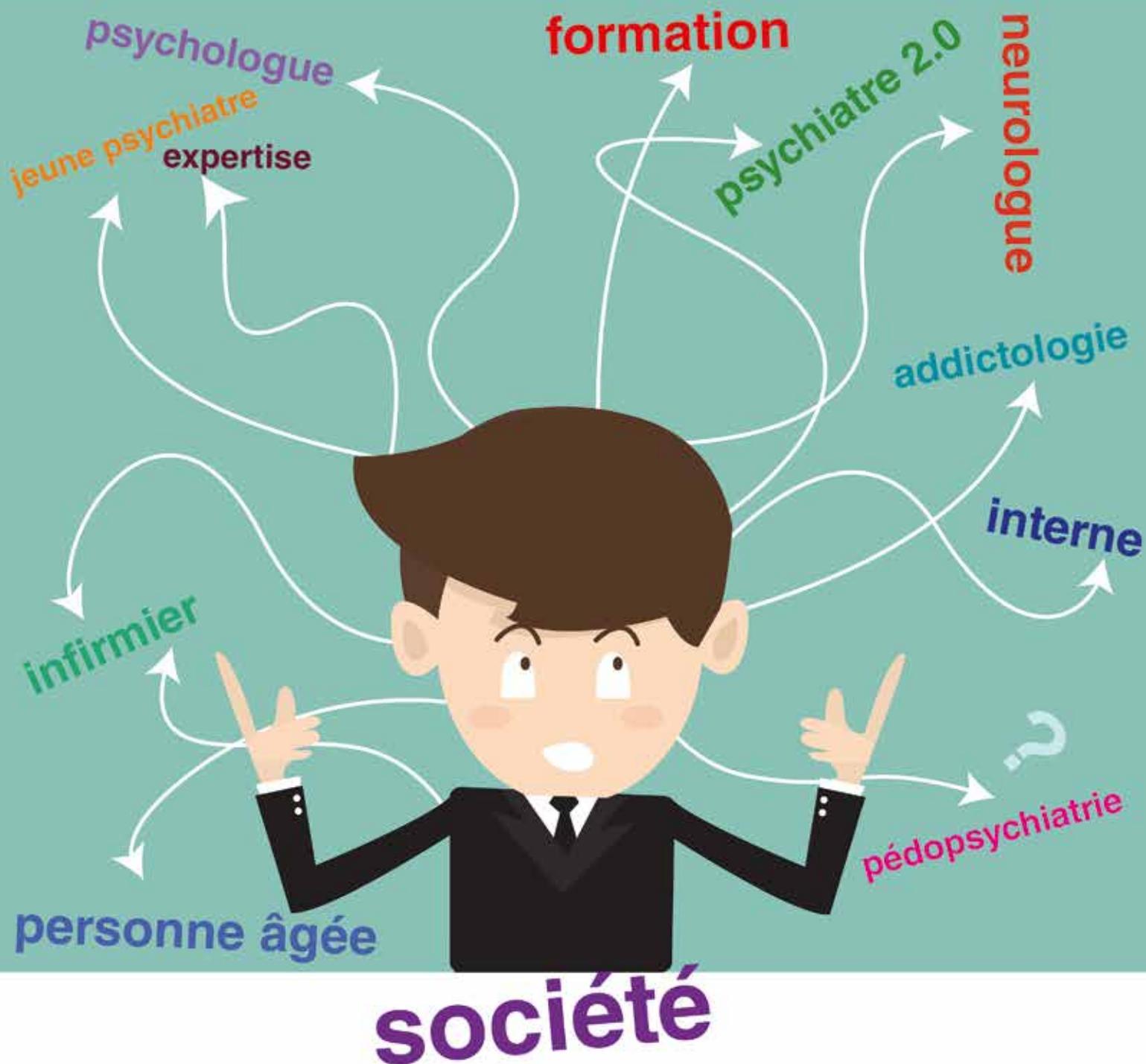


Il est bien difficile de répondre à ces questions, mais peut être trouverez-vous dans les pages de ce journal, des bribes de réponses, provenant de réflexions diverses.

Camille QUENEAU

Responsable Communication de l'AFFEP

Psychiatre d'aujourd'hui, et psychiatre de demain



Dossier
thématique 

▶ Vécu (d')interne

Aude Van Effentere a été présidente de l'AFFEP. Puis elle a passé sa thèse, et l'internat était derrière elle : elle était devenue un jeune psychiatre. Mais qu'est-ce qu'un jeune psychiatre en 2015 ?

Elle s'était posée la question à l'occasion de l'organisation du Congrès Français de Psychiatrie, en tant que Membre du Comité Jeunes Psychiatres. Elle a souhaité partager ses réflexions avec nous, dans ce dossier spécial. Nous la remercions infiniment.

« Jeune psychiatre », en voilà un statut passionnant, au cœur de la clinique et de l'enseignement. Plus interne, pas encore sénior, simplement « jeune psychiatre ».

Fini le statut d'interne, cet « entre deux » où l'on est appelé docteur sans l'être, où l'on ressent une certaine fierté, une impression de faire partie des grands, de ceux qui...

Fierté éphémère et bien fragile, comme en témoigne avec brio Thomas Lilti dans *Hippocrate*, son dernier film mettant en scène un interne de premier semestre face à l'immensité de l'hôpital avec tout ce que celui-ci peut contenir de laid et de beau. Comment ne pas s'identifier à ce jeune interne désarmé, pris dans des enjeux qui le dépassent ? Souvenirs, souvenirs. Certains agréables, drôles, émouvants, d'autres douloureux, tristes, déroutants. Oui, certaines scènes sont caricaturales, mais Thomas Lilti montre simplement, avec justesse, ces moments d'angoisse, de solitude, de crainte liés à l'identité d'interne et donc de médecin en formation, mais aussi aux contraintes imposées par le système (remplissage des lits, médecins étrangers exploités, enjeux narcissiques autour de la prise en charge des patients, vérités masquées, etc.).

Tiraillé entre une PH qui a comme priorité la gestion globale de son unité, des entrées et des sorties, et un médecin maghrébin FFI (faisant fonction d'interne) privilégiant l'individuel et refusant de sacrifier la prise en charge d'une vieille dame aux dépens des autres patients, le jeune interne tente de se former. Il apprend son métier, doute, souffre, hésite à renoncer mais reprend finalement espoir, notamment grâce au compagnonnage magnifiquement illustré par ce film.

Mais le vrai chef d'œuvre de la rentrée cinématographique 2014 nous concerne d'encore plus près. *Mommy*, le dernier film de Xavier Dolan, présenté au grand public comme parlant d'un adolescent souffrant d'hyperactivité et de sa mère, fragile et veuve. L'acteur principal Antoine-Olivier Pilon est fabuleux dans ce rôle : TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité), TOP (trouble oppositionnel avec provocation), et même TC (troubles des conduites) dirait le DSM. Une sémiologie époustouflante qui vaut tous les enseignements théoriques que nous avons reçus et que nous tentons de transmettre...



Mais ce qui est encore plus époustouflant, c'est le talent avec lequel le réalisateur, du haut de ses 25 ans, nous montre la folie (vécue ?) du lien. Car c'est bien de



cela qu'il s'agit, de ce fameux lien qui est au cœur de notre métier de pédopsychiatre. Rejeté par toutes les structures sanitaires et socio-éducatives qu'il a épuisées les unes après les autres, le jeune Steve se retrouve en tête-à-tête avec sa mère. Un tête-à-tête aliénant, fait d'injonctions paradoxales ; un lien fou, qui rend fou. Rupture ou fusion imposées alors que le cœur même du soin, le noyau même de la prise en charge de cet adolescent et de sa mère sont justement de faire tiers.

Film perturbant, dérangent, poignant. Film que l'on rêve de montrer à ses externes et à ses internes pour ses qualités didactiques certes, mais surtout car il est l'exemple même d'une des dérives potentielles de notre métier : considérer le patient comme isolément porteur d'une maladie, l'enfermer dans une catégorie nosographique à laquelle correspond un traitement standardisé, le « traiter » sans s'intéresser aux liens qu'il a avec son entourage.

Ces deux films sont brillants car chacun à sa manière, chacun sur son sujet, interpelle, dénonce, voire révolte.

Comment éviter ces dérives, comment continuer à nous intéresser à l'intersubjectivité, à la pathologie du lien,

alors que l'on est envahi par des classifications visant à coter le maximum de diagnostics pour chaque patient ? De même, comment faire pour ne pas se laisser aliéner par l'administratif, pervertir par le système, par des logiques de rentabilité, de tarification, ou encore de publication prédominant sur le soin ?

Je ne sais malheureusement pas, mais je sais que mon vécu (d')interne et notamment la révolte que j'ai ressentie dans certains services devant des décisions mettant en péril le soin au profit d'enjeux de pouvoir, d'enjeux économiques, d'enjeux narcissiques, sont toujours aussi à vif, alors même que me voilà « jeune psychiatre » et que le statut de « psychiatre senior » n'est plus si loin.

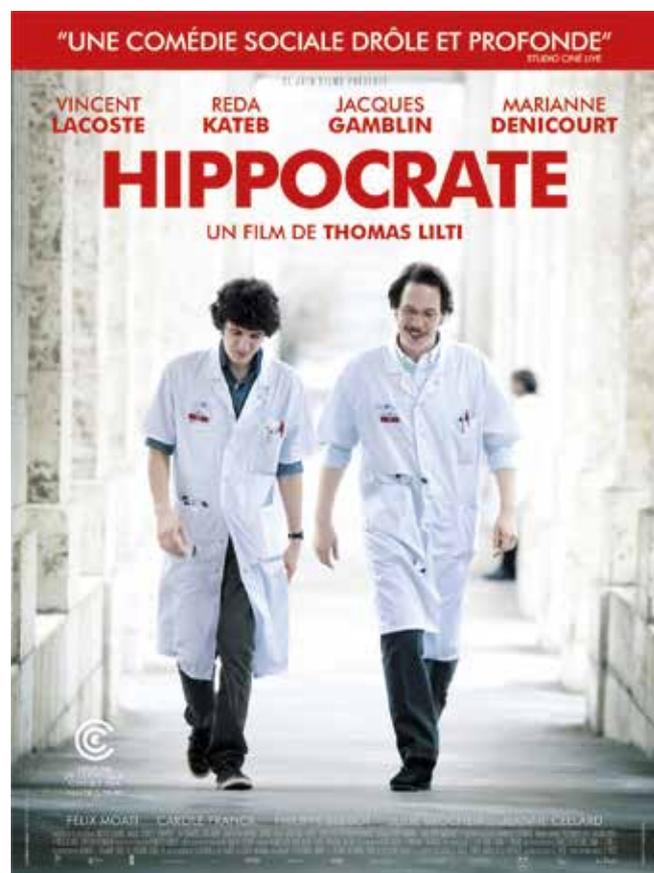
Article publié dans la newsletter du Congrès Français de Psychiatrie, en novembre 2014.

Egalement disponible à l'adresse :

http://www.congresfrançaispsychiatrie.org/nl8_1/

Aude VAN EFFENTERRE

Présidente de l'AFFEP de 2010 à 2012
Paris





▶ Psychiatrie, médecine et société

Née en 1992, la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) est composée actuellement de 46 associations et sociétés scientifiques, elle regroupe des psychiatres français de différents courants, statuts et pratiques.

Nous avons rencontré son président actuel, le Docteur Bernard ODIER, psychiatre à l'ASM 13 à Paris, et son prédécesseur, le Docteur Jean-Jacques LABOUTIERE, psychiatre libéral à Mâcon, pour échanger autour de la place de la psychiatrie dans la société et de la médecine, ainsi que celle de l'interne en psychiatrie.

Dr Bernard ODIER



Dr Jean-Jacques LABOUTIERE



Quelle est selon vous la place de la psychiatrie aujourd'hui, dans la médecine et dans la vie publique ?

BO : Je crois que la psychiatrie a une place importante dans la vie publique. Elle a un rôle, au sens large, de médiation, et en particulier dans des situations humaines compliquées, des situations extrêmes. On en a eu l'illustration à l'occasion du crash de l'avion de Germanwings il y a un mois. On a vu pendant trois semaines un nombre important de collègues être questionnés, et une fraction importante de ces collègues a osé se prononcer. Un certain nombre ont dit des bêtises, d'autres ont dit des choses intéressantes et utiles. En tout cas, la société se tourne vers les psychiatres, dans ces moments-là, quand le « facteur humain » est en jeu. Ce rôle de médiation est important, il est inscrit dans la culture de façon assez profonde. Cela peut être discuté. C'est un peu comme pour la psychanalyse. On ne sait pas si on doit parler de « déclin » de la psychanalyse, en observant qu'il y a moins de gens qui s'allongent et qui font des psychanalyses, ou de « succès » de la psychanalyse, si on observe la façon dont la culture, la pédagogie, la psychologie, l'esthétique, ont été infiltrées par des notions psychanalytiques. Et pour la psychiatrie c'est un petit peu la même chose.

Pour donner un exemple, dans une enquête santé que l'INSERM fait tous les 10 ans, il y a 40 ans, la plainte subjective la plus fréquente des français était la

« nervosité ». La nervosité ce n'est pas très psychiatrique. Aujourd'hui la plainte subjective numéro un est la déprime.

Il y a eu aussi une diffusion des connaissances en matière de psychologie et de psychopathologie. Beaucoup de gens savent ce que c'est que l'anorexie, que la schizophrénie, du moins beaucoup plus qu'il y a 40 ans. On peut parler de progrès dans la conscience collective en psychopathologie.

Il y a 40 ans, des professeurs de pédopsychiatrie s'étaient opposés à la diffusion à la télévision de reportages sur l'autisme considérant que c'était déplacé, que ça pouvait faire peur, que ça risquait d'alimenter des préjugés. Par rapport à ça il y a eu un véritable renversement.

Donc oui, la psychiatrie a conquis une place importante dans l'univers public.

Par rapport à la médecine par contre, ce qui n'a pas tellement changé c'est que la psychiatrie reste une spécialité, je dirai à la façon de Bourdieu, assez « dominée ». Elle n'a pas un grand prestige scientifique, elle n'est pas choisie en premier par les internes, etc., et les psychiatres ont souvent à faire face dans un premier temps à un discret mépris, un certain dédain. Cela évolue vite, mais ça commence comme ça.



Ensuite, est-ce que la psychiatrie va devenir plus médicale qu'elle ne l'est, c'est une question difficile.

JJL : En effet, on n'a pas la réponse à cela. La psychiatrie a toujours été en quête de plus de légitimité médicale, et en même temps traversée par une résistance par rapport à ce mouvement. On peut parler d'une spécialité dominée en effet, mais aussi d'une spécialité en tension avec le reste de la médecine d'un point de vue épistémologique. Je veux dire par là que, sur le plan épistémologique, les spécialités médicales somatiques se reposent, plus qu'elles ne reposent, sur l'application de connaissances expérimentales avérées, alors que la psychiatrie, même si elle a bien sûr aussi une racine de ce côté-là, est obligée de se nourrir d'autres sources, ce qui la distingue du reste de la médecine. Son rapport à la science est donc plus complexe. Certains collègues non psychiatres saluent cette complexité, d'autres ne veulent pas la voir. Cela induit ces attitudes sociales d'admiration ou de condescendance, selon les cas.

BO : Cette tension entre une médecine qui dispose d'un certain socle de scientificité et la psychiatrie, est une tension qui existe aussi au sein-même de la psychiatrie. Il existe des psychiatres qui vont déclarer une identité médicale forte, et qui du coup vont considérer que les autres psychiatres sont dans autre chose, sont opposés au médico-scientifique, voire carrément comme je l'ai entendu dire, sont dans le « compassionnel ».

Quelles évolutions avez-vous observées au sein de la psychiatrie, libérale et/ou hospitalière, et quelles sont les évolutions à venir selon vous ?

JJL : Je ne parlerai que de ce qui concerne la psychiatrie libérale, en cabinet. Cela fait un peu moins de trente ans que j'exerce et je dirais que j'observe des évolutions par rapport aux médecins généralistes, par rapport à l'hôpital, par rapport à la théorie, et que tout cela retentit sur les prises en charge des patients.

Par rapport au généraliste, l'évolution me semble très favorable. Quand je me suis installé, le corps des généralistes paraissait divisé entre ceux de mon âge, ouverts à la psychiatrie et qui encourageaient leurs patients à aller voir un psychiatre, et ceux, plus âgés, qui étaient manifestement hostiles à la psychiatrie de ville. Ceux d'un âge intermédiaire se répartissaient de manière assez aléatoire entre les deux. Désormais, il est clair que les généralistes sont tous ouverts à la psychiatrie,

JJL : Il me semble que cette tension entre la dimension médicale de la psychiatrie et ce qui la fonde dans d'autres domaines de connaissances travaille inévitablement chaque psychiatre. Mais actuellement tout se passe comme si cette tension s'externalisait du psychisme des psychiatres pour se jouer davantage dans les institutions.

BO : Aux psychiatres divisés auraient succédé les divisions entre psychiatres ?

JJL : Quelque chose comme cela en effet. Comme si les psychiatres avaient actuellement tendance à s'identifier à des aspects de la psychiatrie plutôt que de soutenir dans leur propre tête la complexité du champ. J'ai l'impression qu'il était plus admis il y a 20-30 ans que chacun de nous devait se débrouiller de cette complexité alors que nous sommes actuellement sommés de nous positionner d'un côté ou de l'autre. Mais j'exagère peut-être un peu.

Ceci dit, la psychiatrie entretient un rapport riche et fécond à la médecine. Ce n'est pas une spécialité qui fait forcément rêver les médecins qui recherchent surtout des connaissances objectives mais l'élaboration constante de cette confrontation à la médecine permet aussi que la psychiatrie s'enrichisse et avance, même si ce n'est bien sûr pas le seul ressort de ses progrès.

à la collaboration dans les soins, et néanmoins très respectueux de la nécessaire confidentialité entre le patient et son psychiatre, en dépit de la réglementation qui a mis en place le Parcours de Soins.

Pour ce qui est de l'hôpital, l'évolution est à mon sens plus décevante. Je ne pense pas que ce soit par la faute des collègues hospitaliers, mais du fait de la prise de pouvoir de l'administration. L'hôpital, du moins vu de l'extérieur, me semble être devenu une organisation cherchant toujours plus à augmenter le débit du flux des patients qui le traversent mais qui laisse finalement peu de place au discours médical en ce qui concerne l'organisation des soins.

De ce fait, la signification même de l'hospitalisation se modifie : elle n'est plus un temps thérapeutique particulier



dans la trajectoire de soins du patient mais plutôt un moyen de résolution de crise, auquel on a recours quand on ne peut pas faire autrement.

J'en viens à l'évolution par rapport aux théories. Quand je me suis installé, la psychiatrie traversait un moment de son histoire où chaque psychiatre était pris dans une tension forte entre les aspects plus médicaux de sa pratique (prescription, les aspects de médecine légale aussi), et les aspects psychothérapeutiques, voire sociothérapeutiques. Le modèle psychanalytique était alors, sinon hégémonique, du moins dominant. Sur ce plan, tout a évidemment beaucoup changé. Les différents modèles coexistent désormais davantage à égalité. C'est donc très différent, mais peut-être plus intéressant à certains égards. Auparavant, quand on prenait une décision de nature très médicale, comme une prescription, on avait l'impression qu'il fallait toujours se justifier, voire se purifier, ensuite.

BO : La prescription comme impureté !

JLL : Si je note ces trois évolutions qui ne sont pas du même registre, le rapport beaucoup plus ouvert aux généralistes d'une part, le rapport avec l'hôpital d'autre part, et puis enfin l'évolution des références théoriques qui restent diverses mais moins hiérarchisées, c'est qu'elles ont des conséquences sur le patient. Cela entraîne des demandes de soins moins spécifiées, le patient s'attendant moins a priori à ce qui va se passer qu'autrefois. Les prises en charge sont plus souples, moins strictement référées au seul modèle de la psychothérapie d'inspiration analytique. On peut s'autoriser des prises en charge plus intégrées, mais aussi prescrire d'avantage. Globalement ce sont des évolutions plutôt positives.

Il y a cependant une évolution très négative, c'est la pression démographique. Les psychiatres libéraux se trouvent confrontés à une demande de soins qui excède de manière inimaginable leurs possibilités de réponse. Cela oblige à être toujours en alerte, à faire des entretiens rapides au téléphone par crainte de passer à quelque chose de gravissime. Et comme il n'est pas question d'arrêter brutalement la prise en charge d'un patient afin d'en accueillir un autre à sa place, c'est évidemment très difficile.

BO : De mon côté, je me considère davantage comme praticien de secteur psychiatrique que comme médecin hospitalier. Les choses ont beaucoup changé.

Il y a beaucoup moins de lits. Un tiers des lits d'il y a 30 ans, donc beaucoup des malades qui autrefois étaient à l'hôpital sont aujourd'hui chez eux. Ce sont souvent des malades qui ont des problèmes sérieux, qui ont des prises en charge qui reposent sur un nombre de partenaires qui a beaucoup augmenté.

C'est devenu rare que la psychiatrie publique s'occupe à elle seule d'un patient en ville. Les patients vont bénéficier d'une grande variété d'aides, d'étayages, d'assistances. Et le travail spécifiquement psychiatrique va être un des registres parmi d'autres.

Par exemple, un malade autrefois hospitalisé, pourra aujourd'hui être un malade pensionné (il aura une allocation adulte handicapé, versée par la CAF), il sera sous tutelle, et bénéficiera d'une assistance à la vie sociale assurée par un SAVS, un service médico-social qui a un fonctionnement indépendant du secteur. Il pourra travailler dans un ESAT (Centre d'Aide par le Travail) médico-social, pourra prendre ses repas dans un restaurant social dépendant de la politique municipale.

Se pose alors la question du rôle organisateur de l'équipe de psychiatrie. On pourrait appeler cela une hospitalisation éclatée ou décondensée, qui reposerait sur bon nombre de partenaires, exigeant alors des équipes de psychiatrie une disponibilité nouvelle et particulière en terme d'aide aux différents partenaires. Quand on me demande de participer à une réunion de telle équipe au sujet d'un de mes patients, c'est qu'il va mal. Et à ce moment-là c'est un peu comme une urgence, si je n'y vais pas, il y a un risque que quelque chose se détricote, se désorganise.

Donc on pourrait dire qu'il y a davantage de patients pour lesquels les soins pourraient être appelés « médiats », c'est-à-dire avec des intermédiaires qui ne dépendent pas de la psychiatrie, mais qui eux aussi ont besoin qu'on s'occupe d'eux, et souvent assez vite. Cela demande une compétence de plus, que les psychiatres ont dû développer : apprendre à intervenir dans des équipes qu'ils ne connaissent pas, avec des gens qu'ils ne connaissent pas, qui ont besoin d'être écoutés, qu'il faut aider à faire le point, qui ont besoin du savoir clinique du psychiatre, et celui-ci va les aider à construire une compréhension plus globale du patient, à juger de la gravité ou de l'absence de gravité d'une situation, et à envisager des modulations de ce qu'ils font.

Donc la nature du travail a changé, le travail s'est complexifié, s'est déplacé, s'est déporté un peu, et inclue le travail qu'on appelle l'aide aux partenaires et



aux aidants. Ça c'est nouveau, et ça va continuer à se développer. La capacité de médiation, d'écoute, est encore davantage mise à contribution.

Les limites de ce travail-là, c'est que parfois on ne connaît pas assez bien les partenaires en question pour pouvoir interpréter ce qui se passe. On perd alors le contrôle de la situation.

Quelles évolutions avez-vous observées en ce qui concerne les internes ?

BO : L'évolution considérable a été « l'internat pour tous » depuis 1984 : on ne peut devenir spécialiste qu'après avoir été interne. Cela a homogénéisé la formation des spécialistes. L'autorité des universitaires a eu tendance à s'accroître, et l'enseignement est dans certaines régions moins partagé avec les libéraux et les hospitaliers qu'auparavant.

J'ai observé un ensemble de transformations que je trouve un peu scolaires. Il y a beaucoup d'obligations formelles qui ne sont peut-être pas garantes d'une authentique formation intellectuelle.

Je rencontre des internes qui se sont tapés le concours d'entrée dans les études médicales, ensuite le bachotage de l'internat...c'est sûr qu'ils savent bachoter. Ensuite, apprendre la psychiatrie, devenir psychiatre, c'est quelque chose qui repose sur d'autres dispositions : la curiosité intellectuelle, l'esprit critique, la familiarisation avec toute la variété des méthodes d'analyses scientifiques et des modes d'analyses des sciences humaines et sociales... Cela suppose une rupture avec le bachotage.

Je suis un peu perplexe et préoccupé quand je vois que les contraintes de type scolaire ont tendance à se multiplier pour les internes. Je me dis « Mais à quel

Cela va s'accroître avec le développement du secteur médico-social, avec le développement des hospitalisations dans les cliniques privées, et avec l'augmentation du nombre d'acteurs et de partenaires autour des patients.

moment ils ont le temps d'aller en bibliothèque, de lire, de fréquenter des séminaires qui leur font envie ? ».

Il y a par exemple une compétence horizontale qui est très importante à développer, c'est la capacité de parler de ce qu'on fait. A notre époque, dans un séminaire de clinique pour internes, il était clair que l'interne présentait un cas. J'observe que dans les trois quarts des séminaires proposés en Île de France, ce n'est pas l'interne qui parle. Mais alors, où est-ce qu'il apprend à parler des patients dont il s'occupe, et de ce qu'il fait ?

JJL : Exposer sa vision d'un cas et demander l'avis de l'autre fait vraiment partie du travail du psychiatre, ne serait-ce que pour savoir échanger avec un collègue. Nous ne sommes pas dans une discipline objective où il est question de savoir si l'un se trompe et l'autre à raison. Ce dont il est question c'est de confronter des points de vue, où chacun reconnaît que de toute manière la vérité n'est pas la priorité du questionnement. Il s'agit avant tout, grâce à ces échanges, de s'ajuster pour être le plus pertinent possible pour un patient donné. Rendre compte pour susciter une réflexion, et non pas rendre compte pour savoir si on a raison ou pas. C'est un exercice très important.

Que pensez-vous du projet de mettre en place des stages de psychiatrie en exercice libérale pour certains internes ? Sur quelle modalité ?

JJL : En préambule, je sais qu'il y a des travaux en cours entre l'AFPEP et l'AFFEP, qu'il faut poursuivre et en lesquels j'ai tout à fait confiance.

Ma position personnelle est qu'il reste tout de même délicat d'introduire un interne dans un cabinet. En revanche cela me semble plus simple dans les établissements de soins privés. C'est une modalité d'hospitalisation qui a des particularités qui doivent être connues : ses modalités de traitement, sa temporalité, son souci d'articulation aux autres intervenants dans la trajectoire de soins du patient.

En cabinet, je crois personnellement que j'aurais du mal à travailler en présence d'un interne mais peut-être que d'autres collègues peuvent se sentir plus à l'aise sur ce point. Cette limite personnelle ne se fonde pas sur le rapport que le patient pourrait avoir avec cette situation puisque, après tout, cela s'est fait en médecine générale sans poser de problème. Je reconnais que cette limite est entièrement de mon côté. Je ne suis pas certain, après bientôt trente ans de pratique, d'avoir la même disponibilité pour le patient en présence d'un tiers.



En revanche, ce qui me paraît très utile ce sont les séminaires cliniques animés par des psychiatres libéraux. Comme je l'ai déjà dit, je crois beaucoup en la vertu formative de la compétence de rendre compte d'un cas clinique à ses pairs et d'écouter leur vision du cas. Encore une fois, il s'agit bien de produire une intelligence collective sur ce cas, et pas de sanctionner quoi que ce soit. Je le fais depuis des années avec les équipes paramédicales de psychiatrie du centre hospitalier de ma ville. C'est un travail que je souhaite autant que possible centré sur des cas cliniques que l'on prend le temps de déplier ensemble, non seulement pour affiner la clinique, mais aussi ouvrir une réflexion psychopathologique, et surtout permettre à l'équipe d'ajuster son attitude.

D'ailleurs, un aspect de la pratique libérale dont je n'ai pas parlé et qui est mal connu est le groupe.

Pratiquement tous les psychiatres libéraux participent à des groupes de pairs.

BO : Tu me rappelles un aphorisme qui circulait dans le 13^{ème}, c'était Gérard Lucas qui le rappelait il y a quelques années : « Dans ce métier il faut dire ce qu'on fait, faire ce que l'on dit, et le faire savoir »

JJL : Je ne connaissais pas, mais je me reconnais assez là-dedans !

Donc animer un groupe d'interne, voilà quelque chose que je ferais volontiers. Recevoir un interne dans mon cabinet... je ne sais pas. Ce n'est pas que je ne lui ferais pas confiance, c'est à moi que je ne ferais pas confiance. Comme je l'ai dit, il me semble que je serais modifié dans ma capacité d'écoute.

Docteur Odier, en 2004, vous publiez « La Psychiatrie à l'épreuve du scientisme », dans l'information psychiatrique. Dans cet article, vous posez la question « Les études médicales forment-elles au nouvel esprit scientifique ou à l'ancien ? ». 10 ans après, avez-vous une réponse à cette question ?

BO : Elles forment à l'ancien. Actuellement il y a un retard de la formation intellectuelle des médecins par rapport à ce que les sciences pourraient mobiliser et qui pourrait être utile à la recherche en psychiatrie. J'observe avec tristesse qu'il y a un certain effacement de la psychiatrie française de la scène scientifique mondiale. Je pense que cet effacement a essentiellement pour cause les lacunes de la formation intellectuelle des jeunes et moins jeunes psychiatres. Si on voulait refonder cette formation intellectuelle, il faudrait mobiliser non seulement les universitaires de psychiatrie, mais aussi les universitaires d'autres disciplines.

Le « nouvel esprit scientifique » est une allusion aux travaux de Bachelard. C'est une façon d'insister sur le fait que l'objet de la psychiatrie est d'une complexité qui dépasse l'objet des autres spécialités médicales, et donc demanderait une mobilisation d'une plus grande ampleur. Et pourtant la recherche en psychiatrie est un des parents pauvres de la recherche en France.

Que par exemple la science des systèmes¹ ne soit pas enseignée en psychiatrie est incompréhensible selon moi. Mes propos ne sont pas des propos pessimistes, parce qu'ils indiquent une tâche qui n'est pas impossible, sous réserve d'une mobilisation nationale. Par exemple, il n'y

a aucun financement public en France d'essais cliniques contrairement aux Etats-Unis, où le NIMH (National Institute of Mental Health) finance les essais cliniques quand il s'agit de trancher entre deux médicaments que les essais cliniques financés par les laboratoires n'ont pas départagés.

Il y a en France un sous-investissement intellectuel et financier qu'il faudrait corriger. C'est d'autant plus dommage que la psychiatrie française a des atouts, et en particulier elle dispose de très bons cliniciens et d'une tradition en psychopathologie presque unique au monde. Cette tradition il faudrait la faire fructifier, comme le font d'ailleurs certains cliniciens-chercheurs, qui mettent en place des recherches très intéressantes de suivis naturalistiques de cohortes de patient visant à préciser, par exemple, la façon dont agissent les psychothérapies.

Ce sont des recherches qui méritent d'être développées. Et qui trouvent tout de suite une audience mondiale, car ce sont des travaux rares, réalisés dans très peu de pays.

En fait, ce n'est pas que la recherche en psychiatrie en France soit en retard, c'est qu'elle ne se lance pas dans des avancées qui permettraient de mettre en valeur ses atouts.

1- Dans son livre « La musique de la vie », le grand physiologiste anglais Denis Noble explique que la biologie du XXI^e siècle sera la biologie des systèmes, l'intérêt récent pour l'épigénèse s'inscrit dans cette tendance.



Pour finir sur une note plus personnelle, pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous avez choisi de vous spécialiser en psychiatrie, et comment avez-vous choisi votre mode d'exercice ?

JJL : C'est une question intéressante mais vertigineuse. A mon âge, je distingue certes les raisons que je crois maintenant que j'avais, et ce que j'ai compris depuis de névrotique des raisons que j'avais alors. Les raisons que j'avais authentiquement à l'époque se sont en revanche dissipées dans les brumes.

Cela a été un choix précoce, durant les années de lycée, dans une tentative de compromis entre un vécu d'élève plutôt littéraire, qui s'intéressait en tous cas aux lettres et à la philosophie, mais se désespérait de vivre dans un monde où il fallait ingurgiter des maths et de la physique à longueur de journée, puisque le bac littéraire était alors totalement dévalué.

Je me suis donc inventé cette issue-là, sous le prétexte d'un intérêt pour la psychanalyse qui était d'ailleurs très commun à l'époque. C'était très à la mode. Je parle du début des années 70, dans une ambiance post-soixante-huitarde, où la question du rapport du sujet au politique et à la société était centrale, et où la psychanalyse était le modèle dominant.

Puis j'ai fait médecine, et ce choix de départ a oscillé. J'ai découvert la médecine qui m'a intéressé au point que j'ai abandonné l'idée de faire de la psychiatrie. J'ai même été fugitivement traversé un moment par l'envie de faire de la chirurgie, c'est dire !

Et puis en 4^{ème} année, j'ai commencé par un stage de psychiatrie, et je me suis dit : c'est vraiment ça que je veux faire. Cette décision n'a plus varié ensuite.

Mais tout cela n'est que la manière dont je me souviens maintenant que je l'ai vécu alors.

A l'heure actuelle, avec le recul, une psychanalyse et 30 ans de pratique... je me dis aussi que tout cela

était bien névrotique ! Je pense rétrospectivement que j'étais surtout un adolescent incapable de renoncer à quoi que ce soit, et auquel la psychiatrie est apparue comme une sorte de chimère composée à la fois de sciences fondamentales, de médecine, mais aussi de sciences humaines, de philosophie, ... Avec le recul, ce choix était donc plutôt un symptôme : je voulais tout, et la psychiatrie s'est offerte comme un objet dans lequel tout pouvait se trouver, comme certains diraient que l'opéra est l'art total car il réunit la musique, le chant, le théâtre, la danse... J'aurais donc peut-être mieux fait, à cette époque-là, d'aller voir un psy, mais je n'y pensais pas alors. Je l'ai fait plus tard. Pour autant je ne l'ai jamais regretté : la psychiatrie a continué de me passionner tout au long de ma carrière.

BO : Il y a eu un livre composé des témoignages d'une cinquantaine de psychiatres à qui cette question-là a été posée. C'était très amusant. La réponse la plus drôle, c'est celle du Professeur Reynaud qui répondait : « J'ai fait médecine pour faire plaisir à ma mère, et j'ai fait psychiatrie parce qu'on ne peut pas toujours faire plaisir à sa mère ».

Je ne vous répondrais peut-être pas directement, mais je soulignerais l'intérêt que tous les étudiants en médecine fassent un stage en psychiatrie. Ma vocation est née à l'occasion d'un stage d'externat où j'ai rencontré pour la première fois des psychiatres.

J'ai été bouleversé par la qualité de leur intérêt pour l'autre. Ensuite, je ne me suis plus posé la question. C'est une expérience qu'il faut offrir aux étudiants en médecine ! Et pourtant très peu d'étudiants en médecine font des stages en psychiatrie.

Si vous souhaitez aller plus loin, la version intégrale de cette interview est disponible sur le nouveau site de l'AFFEP, à l'adresse www.affep.fr !

Propos recueillis par
Camille QUENEAU



▶ Pédopsychiatrie : de l'enfant à l'adolescent, à travers le monde

Pr. Marie-Rose Moro



Marie-Rose Moro est professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris Descartes et chef de service de la Maison des adolescents de Cochin, Maison de Solenn (AP-HP) à Paris. Très impliquée en recherche clinique, elle est aussi chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital Avicenne (Bobigny). Enfin, elle exerce ses fonctions universitaires en tant que vice-présidente du Conseil National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP).

Qu'est ce qu'un pédopsychiatre aujourd'hui ?

Je pense qu'être pédopsychiatre est un très beau métier. Il s'inscrit en phase avec les questions de la société. Les questions que l'on se pose sont : Qu'est-ce qu'un enfant ? De quoi a-t-il besoin ? Comment le faire grandir ? Pourquoi un enfant peut-il avoir envie de mourir dans une société ? C'est un métier qui est inscrit dans les liens sociaux, dans les problématiques sociales et les tensions de la société. Plein de pathologies sont concernées, par exemple la question des dépressions chez les jeunes adolescents, de leurs idées suicidaires voire de leurs passages à l'acte suicidaires. On peut se demander pourquoi 10 % des adolescents vont présenter ces problématiques. Est-ce que cela serait inhérent à notre société ? Notre société ne serait-elle pas désirable ? Le problème des phobies scolaires pose par exemple le problème de la vulnérabilité des enfants, de leurs familles, de l'école à leurs relations avec les pairs ou aux méthodes pédagogiques. La parentalité est elle aussi concernée, comment on éduque un enfant ?

Que seront les pédopsychiatres de demain ?

Au cours de ma formation de pédopsychiatre, je n'ai pas forcément été bien formée ou ouverte aux outils disponibles pour prendre en charge les enfants. Les futurs psychiatres devront se former de façon pluridisciplinaire (génétique, psychanalyse, thérapie familiale, transculturelle, ...). Il ne faut rien oublier de

ces différentes composantes elles-mêmes. Il leur faudra comprendre comment la société se construit et évolue par ses exigences et ses conflits (histoire, anthropologie, sociologie). Le pédopsychiatre devrait avoir une notion de toutes ces sciences. Il faudra bien sûr élargir la formation des internes à mon sens.



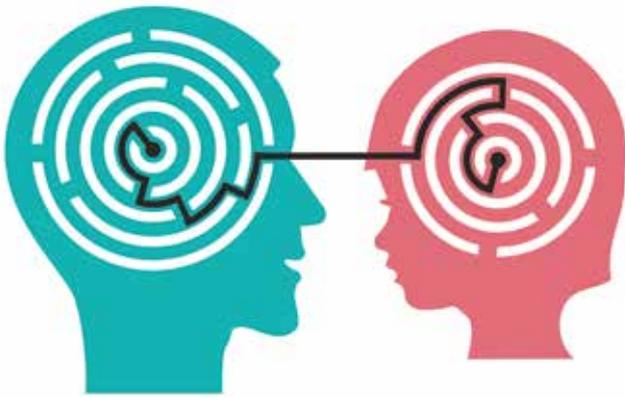
Pourquoi vous-êtes vous orientée vers la pédopsychiatrie ? Et plus particulièrement vers la psychiatrie transculturelle ?

A l'origine, je n'étais pas consciente de tous les attraits que pouvait comporter la pédopsychiatrie. Je l'ai presque découvert dans un second temps. Si je me suis intéressée aux enfants, c'était parce que j'avais la conviction par la vie et par mes rencontres que l'on minimisait toujours la souffrance des enfants. On ne prenait pas ça assez au sérieux à mon goût. M'intéresser aux enfants me permettait de plaider leur cause en quelque sorte. Je voyais



le monde à travers eux et m'efforçais de trouver des techniques de soins adaptées à eux. Mon envie première était plutôt de prendre au sérieux la cause des enfants.

En ce qui concerne mon investissement pour la psychiatrie transculturelle, mon orientation a été basée sur deux choses. Je suis moi même enfant d'immigrants, les choses se sont bien passées pour moi mais je me suis vite rendue compte qu'autour de moi les enfants d'immigrants avaient des désirs déçus. J'ai trouvé des gens et des manières de croire qui m'ont laissée penser qu'il était possible de faire des choses qui me passionnaient. Je vois qu'il n'en était pas de même pour les autres. Je voulais que les autres enfants aient accès à leurs propres désirs. Je souhaitais qu'ils respectent leurs parents, leur langue et leur histoire.



Assez vite dans mon parcours d'interne, j'ai travaillé avec Médecins Sans Frontière (MSF) comme interne puis comme psychiatre. Cela m'a beaucoup sensibilisée à l'importance des différentes manières de penser le monde, des besoins des enfants. Je me suis dit qu'il fallait trouver une manière de relier anthropologie et psychiatrie. Ma première mission a eu lieu en Arménie, c'était après le tremblement de terre de décembre 1988. En janvier 1989, j'étais dans une ville qui s'appelle aujourd'hui Gyumri (anciennement Leninakan pendant la période soviétique). Il y avait beaucoup de morts et de blessés sur le plan psychique. C'était la première fois que MSF envoyait des psychiatres. Je me suis rendue compte que c'étaient surtout les enfants qui avaient besoin de soins. Ils souffraient à cause du tremblement de terre et ressentaient la souffrance de leurs parents qui n'arrivaient plus à s'en occuper. La prescription chez les enfants n'était pas maîtrisée par les russes. Nous avons monté un réseau MSF pluridisciplinaire pour les enfants, qui existe toujours d'ailleurs. Par la suite, j'ai fait des missions au Guatemala pour les enfants dans les favelas, à Gaza, en territoire israélien puis il y en a eu beaucoup d'autres.

Quelle est votre vision de la formation des internes en psychiatrie en France ? Comment l'améliorer ?

La formation des internes avec le DESC de pédopsychiatrie permettait d'approfondir durant une année supplémentaire sur le plan théorique et clinique avec des possibilités de faire de la recherche. Je pense que la formation des internes est pas mal mais ce que je regrette, c'est le peu de mobilité des internes en France. La barrière de la langue est certaine mais on peut apprendre. J'ai l'habitude de travailler avec des traducteurs. La traduction n'est pas une trahison, on a souvent cette idée là. Or moi qui travaille la moitié de la journée dans d'autres langues que le français, je sais que nous pouvons construire des dispositifs avec les populations migrantes pour former et intégrer des traducteurs dans le système de soins. Si l'on ne perçoit pas bien le contenu symbolique, on peut questionner le traducteur et en discuter avec lui. Si la maman a dit « l'enfant n'est pas seul au monde », une maman bambara (langue principale au Mali) peut évoquer le fait qu'elle parle d'un monde dont elle va reconstituer le paysage avec des mots. Des consultations poussées sont tout à fait possibles, au sens psychothérapeutique. Il ne faut pas considérer que le traducteur n'est qu'un traducteur, il s'agit d'une co-construction. On est d'accord sur le sens à donner. Il faut l'expérimenter avec des traducteurs formés à faire cela. On peut aussi faire des formations pour travailler avec les enfants. On peut le faire mais il faut une méthode et penser que c'est possible.

Que pensez-vous du projet de réforme de la maquette des internes de psychiatrie ?

Je ne suis pas d'accord avec le fait de diminuer le nombre de stages obligatoires en pédopsychiatrie évidemment. C'est important dans la formation de tous les internes de psychiatrie. En revanche ce qui pourrait être bien dans la réforme c'est le fait d'avoir une option à 5 ans. Cela permettrait d'avoir une formation plus intéressante et plus complète. Le projet de réforme est abandonné. Ce qui avait été proposé, c'est que l'on soit comme les européens. Une bonne formation permet d'avoir des exercices différents de la pédopsychiatrie. Il y a la question de la périnatalité, des ados, de la parentalité. On peut aller voir comment on fait au Canada, aux EU.

Propos recueillis par
Caroline WETZEL



La Psychiatrie de la Personne Âgée a-t-elle un avenir ?

La population mondiale vieillit. Ce n'est pas une découverte, et la France ne fait pas exception. Un des défis de la médecine de demain est de faire face aux pathologies qui accompagnent ce vieillissement.

En psychiatrie, les maladies de l'adulte évoluent en même temps que les patients avancent en âge ; d'autres apparaissent avec le vieillissement ; certaines restaient masquées, et décompensent à l'occasion d'événements de vie tels que la retraite, le décès du conjoint, ou une institutionnalisation.

La psychiatrie de la personne âgée semble donc être un vaste champ. Elle n'est pourtant pas reconnue comme une spécialité à part entière en France aujourd'hui.

Pr. Jean-Pierre Clément



Nous sommes allés discuter de ces points, et d'autres, avec Jean-Pierre Clément, professeur de psychiatrie à Limoges, et président de la Société de Psychogériatrie de Langue Française. Qu'il soit remercié pour son accueil chaleureux et son humour !

Quelle définition donneriez-vous à la Psychiatrie de la Personne Âgée (PPA) aujourd'hui ?

Une définition précise a été donnée par une conférence de consensus de la World Psychiatric Association (WPA) il y a quelques années, à laquelle je vous renvoie (http://www.who.int/mental_health/media/en/17.pdf). Pour moi, il s'agit d'une psychiatrie qui comporte un certain nombre de spécificités propres à cet âge : même s'il existe des caractéristiques communes avec le patient adulte dans un certain nombre de troubles, la personne âgée peut exprimer sa souffrance psychique par des présentations particulières. Il est important de préciser que la PPA ne se résume pas aux troubles psychologiques et comportementaux que l'on peut observer chez les patients porteurs de troubles neurocognitifs majeurs (la nouvelle terminologie pour parler des démences), mais englobe l'ensemble des affections psychiques que l'on rencontre chez l'adulte, complétées aussi par des syndromes particuliers observables dans le grand âge, par exemple le syndrome de Diogène. Je tiens à préciser qu'il y a plusieurs termes pour la nommer, et que par exemple la section de l'EPA intitulée jusqu'alors *Geriatric psychiatry and gerontopsychiatry* semble s'orienter vers un changement de formulation pour s'intituler *old age*

psychiatry. Je suis personnellement favorable à l'utilisation des termes « psychiatrie de la personne âgée », cela a le mérite d'éviter certaines confusions avec la discipline gériatrique.

Quelles évolutions a connu la PPA ces dernières années ?

C'est une discipline qui, en France a à la fois progressé, mais aussi d'une certaine manière beaucoup régressé.

Nous accusons une trentaine d'années de retard sur beaucoup d'autres pays, tant sur le plan de l'enseignement et de la formation, de la clinique, des structures spécifiques, que de la recherche. Il en est pour preuve que nous sommes 18^{ème} au plan mondial, sur un classement qu'a réalisé la WPA sur la clinique, l'enseignement et la recherche en PPA.

Un des points positifs serait un intérêt grandissant des universitaires pour cette sur-spécialité, et donc une certaine émulation à faire reconnaître celle-ci comme une spécialité à part entière. Même si le premier projet datant de 2010 de la création d'un DESC de PPA est resté sans suite pour des raisons probablement financières. J'en profite pour remercier l'AFFEP et les internes du soutien très motivé et encourageant qu'ils apportent à cette relance « politico-administrative ».



Je regrette cependant que les administratifs de notre pays soient dans un processus régressif qui fait que le nombre de structures dédiées est en baisse face à l'augmentation des besoins que représente le vieillissement de la population.

Comment voyez-vous l'évolution de la PPA dans les prochaines années ?

Difficile de se projeter ! Il est évident que l'évolution de la PPA doit faire face à la politique de réduction des lits d'hospitalisation. Néanmoins ceux que nous pourrions préserver devront être dédiés sous la forme de filières de pathologies : une filière des troubles des affects et des émotions, une filière des troubles psychotiques vieillissants et émergents, une filière des troubles neurocognitifs majeurs par exemple.

Et à côté de cela, il faudra miser de façon plus intense sur les activités ambulatoires par le moyen d'équipes mobiles qui pourront évaluer les patients sur leur lieu de vie, et préconiser de façon active les meilleurs soins en fonction des contextes socio-familiaux et des possibilités locales. Il faudra aussi très probablement assurer une meilleure psychiatrie de liaison de la personne âgée, surtout en offre de soins, pour pouvoir participer aux soins psychiques dans les hôpitaux périphériques et au mieux éviter un certain nombre d'hospitalisations dans les établissements psychiatriques.

Quelle articulation imaginez-vous entre la PPA et la psychiatrie d'adulte ?

Je pense qu'il ne faut absolument pas fermer les frontières, et garder un partenariat actif tenant compte des bonnes pratiques des uns et des autres, et aussi du fait que la notion de personne âgée ne doit pas se limiter à l'âge, mais au plus ou moins important maintien dans le cours du vieillissement des capacités de la personne à rester curieuse, communicative, apte à une démarche hédonique, et en tenant compte d'une dimension incontournable désormais : sa personnalité et ses capacités d'adaptation.

Quels liens avec nos collègues neurologues et gériatres ?

Ayant un état d'esprit plutôt orienté vers une approche intégrative, je ne peux que soutenir l'idée de maintenir

des liens forts avec ces deux autres disciplines, dans la mesure où les premiers ont de bien meilleures compétences face aux problématiques cérébrales lésionnelles, et que les seconds sont les internes de la personne âgée. Je le vois dans le cadre du Centre Mémoire de Ressources et de Recherches du Limousin, où notre partenariat me semble robuste, intégrant aussi la place importante que jouent les neuropsychologues.

Comment intéresser les jeunes internes à la PPA aujourd'hui ?

Je pourrais partir de mon vécu personnel : lorsque j'étais interne, j'avais un a priori négatif pour la PPA, mais j'ai compris par la suite que c'était inconsciemment lié à la vétusté des locaux ! Il faut imaginer les bâtiments de l'époque : il s'agissait de dortoirs, à l'hygiène déplorable ! Difficile de se projeter dans ces conditions ! Lorsque ceux-ci se sont améliorés, je me suis tout de suite immergé dans cette population à laquelle je me suis très vite attaché, pour ne plus en ressortir. J'invite tous les internes à faire une immersion en PPA. Même si certains ressentent une réticence liée aux problèmes somatiques comorbides à gérer, la psychopathologie de la PA inscrite dans sa biographie, et dans sa personnalité, est une aventure passionnante de tous les jours.

Quelle devrait être la place de la PPA dans la formation de l'interne ?

Dans une maquette à huit semestres, j'ai proposé aux internes inscrits au DES de Limoges de passer obligatoirement en PPA et que cela leur valide les contraintes proposées de faire un stage hors-filière. Les propositions qui avaient été faites par le Conseil National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP) et l'AFFEP concernant la proposition de nouvelle maquette, et intégrant une option de PPA, me semblaient tout à fait pertinentes ; je pense qu'il faudrait avancer dans cette direction.

Propos recueillis par
Benjamin LAVIGNE

L'option de PPA : la réforme du troisième cycle qui devait aboutir en 2016 avant d'être reportée, avait donné lieu à de riches débats au sein du CNUP, auxquels était activement associée l'AFFEP. En particulier, il avait été proposé la création d'une option (ce terme remplaçant les DESC) de PPA. Celle-ci aurait dû durer cinq ans, et rendre obligatoire la réalisation dans le cursus de l'interne de trois semestres dans des services agréés en PPA, dont l'un en neurologie ou en gériatrie.

Récemment, cette réforme a été suspendue, et une nouvelle commission a été créée pour la rediscuter. Les conclusions concernant la maquette de psychiatrie sont donc en attente...



▶ Addict à l'addicto ?

Pr. Michel Lejoyeux



Professeur de psychiatrie à la faculté PARIS 7, coordonnateur national du DESC d'addictologie, et chef du département de psychiatrie et d'addictologie à l'hôpital Bichat (APHP) et Maison Blanche, le Professeur Lejoyeux est également président d'honneur de la Société Française d'Addictologie. Il est l'auteur, entre de nombreux autres ouvrages, de l'abrégé d'Addictologie, édité chez Masson. Il nous a fait l'honneur de répondre à nos questions, et c'est donc avec grand plaisir que nous vous laissons les découvrir !

Que pensez-vous de la place de l'addictologie dans la médecine d'aujourd'hui ?

Je vois une différence entre l'impact des maladies addictives et leur prise en charge. Celles-ci sont de plus en plus fréquentes, de plus en plus sévères. La place de l'addictologie n'est pas à la hauteur de la fréquence et de la gravité des maladies addictives. Pour le dire autrement, ces maladies restent insuffisamment reconnues et traitées. Il y a encore beaucoup de services où l'on prend en charge par exemple des cancers, des maladies pulmonaires, des maladies hépato-gastro-entérologiques en se limitant aux complications d'organes sans aborder la cause addictologique.

Comment ont évolué les liens que l'addictologie entretient avec la psychiatrie ?

80 % des internes du DESC d'addictologie sont issus de la psychiatrie. Ils s'aperçoivent, en s'engageant dans le DESC d'addictologie, qu'ils vont disposer d'une formation complémentaire à celle que leur apporte la psychiatrie. Ils maîtrisent par exemple l'entretien motivationnel et les autres techniques relationnelles permettant de réaliser un sevrage. Ils apprennent aussi le maniement des traitements de l'addiction. Enfin, le DESC d'addictologie ne se limite pas à des techniques comportementales ou psychiatriques. Il passe en revue les aspects somatiques des complications des différentes addictions. Pour toutes ces raisons, les internes de psychiatrie m'apparaissent de plus en plus intéressés par l'addictologie.

Quelles sont les évolutions à venir d'après vous ?

La grande évolution est quand même l'intégration des addictions comportementales. Aujourd'hui, on définit, en plus des dépendances classiques à un produit, des addictions au jeu d'argent, à l'Internet, à beaucoup d'autres comportements. Ce n'est pas exactement comme une toxicomanie. Ces sujets sont très innovants. Ils posent des questions thérapeutiques encore non résolues.



Avez-vous observé un profil d'internes ou de médecins « faits pour l'addictologie » ?

Je crois que les internes faits pour l'addictologie sont ceux qui s'intéressent aux aspects comportementaux de la médecine mais qui ne s'y limitent pas. Il faut, pour faire



de l'addictologie, intégrer le patient de manière globale, à la fois dans sa relation à la substance et aussi dans les complications qu'a le comportement. Ce sont aussi des internes qui aiment les interventions que j'oserais qualifier de très concrètes. En addictologie, les objectifs sont précis et l'on voit assez vite s'ils ont été remplis ou pas. Les médecins faits pour l'addictologie sont ceux qui apprécient les approches multiples dans des champs cliniques différents. Enfin, ils doivent tolérer l'échec et ne pas être susceptibles tant nos propositions de sevrage ne sont pas toujours suivies d'un effet positif.

Quelle est votre vision de la formation que reçoivent aujourd'hui les internes, que ce soit sur le plan théorique ou pratique, en addictologie ? Y aurait-il selon vous des points à améliorer, et comment ?

La formation est aujourd'hui assurée par un DESC d'addictologie. Ce DESC se déroule sur deux ans. Il comporte une partie théorique et une partie pratique. J'en assure la coordination pour la région Ile-de-France et j'assure aussi le pilotage du programme national de ce DESC. Les difficultés concernent les stages de post-internat.

L'amélioration souhaitée serait aussi que les internes en DESC d'addictologie puissent bénéficier de compétences dans le champ des comorbidités somatiques.

Nous évoquons dans ce dossier spécial la place de la psychiatrie dans la société, pensez-vous que l'addictologie a une position « à part » ? En pratique, observez-vous une stigmatisation importante de vos patients ?

Bien évidemment, les malades « addicts » sont stigmatisés. Ils le sont largement autant que les malades psychiatriques. Nos malades sont confrontés à une sorte de double peine. On les considère comme des « faux malades » c'est-à-dire dont le trouble est un manque de volonté et en même temps comme des malades incurables. Par ailleurs, ils se rendent malades avec des produits comme l'alcool que la plupart d'entre nous consomment et considèrent comme des

produits sympathiques. Leur vision « dénormalise » des comportements ou des molécules auxquels la plupart d'entre nous ont accès régulièrement.

Pour finir sur une note plus personnelle, pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous avez choisi de vous spécialiser en psychiatrie, puis en addictologie ?

Je pense que ces sujets de spécialité sont affaires de rencontres. Je sais gré à mes Maîtres, les Professeurs Thérèse Lempérière, Jean Adès, Henri Lôo et Jean-Pierre Olié, de m'avoir montré une manière d'exercer la psychiatrie en général et l'addictologie que j'ai eu et ai encore envie de poursuivre. Il y a dans cette pratique une dimension d'humanisme et de tolérance. Il y a aussi un compromis que je trouve agréable entre une part scientifique et une part qui se rapproche peut-être plus d'une réflexion que je pourrais qualifier de théorique ou de littéraire. Pour le dire un peu autrement et par élimination, quand on aime la médecine et moins les actes techniques que les rencontres individuelles, la psychiatrie et l'addictologie restent des domaines de choix.



Propos recueillis par
Camille QUENEAU



Poster AFFEP : La stigmatisation des internes en psychiatrie



PROFIL IDENTITAIRE DE

Résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession

1

Introduction

La stigmatisation des psychiatres est un sujet peu étudié. Pourtant, l'image négative que renvoie la psychiatrie et les psychiatres est identifiée comme une des causes majeures du déclin du recrutement des psychiatres dans le monde, ainsi que du désintérêt naissant et préoccupant des étudiants en médecine français pour la spécialité.

3

Résultats

1296 internes ont participé à l'étude dont 760 internes de psychiatrie et 536 issus d'autres spécialités. Parmi les internes de psychiatrie, le taux de réponse a été de 69 % (N=1100) et le taux de participation de 43,5 % (N=1760).

Profil sociodémographique

Des similitudes...

Les populations d'internes des groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités » sont **homogènes** pour les données étudiées :

- Le **genre** (70 % femmes et 30 % d'hommes)
- Le **statut conjugal** (68 % se déclarent en couple)
- Le **statut parental** (11 % se déclarent parents)
- L'**orientation sexuelle** (90 % se déclarent hétérosexuels).

Quelques différences...

Profession des parents : les internes de psychiatrie ont significativement **plus de pères et de mères « Cadres »** (70 % vs 60 % (p=0,004) et 55 % vs 45 % (p=0,005)) que leurs confrères.

Centres d'intérêt : les internes de psychiatrie se distinguent significativement (p<0,005) en tant que **plus grand lecteurs, plus engagés** sur le plan politique, syndical ou associatif, ayant plus fréquemment une **activité artistique**, faisant **plus de sorties culturelles** et étant **moins sportifs**.

Orientation politique : les psychiatres se différencient significativement de leurs confrères et se déclarent **plus de gauche** (40% vs 29%, p=0,001) et **d'extrême gauche** (7 % vs 2%, p=0,001) et **moins de droite** (18 % vs 33 %, p=0,001).

Pratique religieuse : les internes de psychiatrie sont significativement **moins croyants** que leurs confrères (32 % vs 45 %, p=0,001)

Profil scolaire et universitaire

Près de 99 % des internes toutes spécialités confondues ont obtenu un **BAC S**.

Près de 90 % des internes toutes spécialités confondues ont obtenu une **mention au BAC**.

Réussite à l'ECN : les internes de psychiatrie déclarent avoir significativement plus choisi leur spécialité que leurs confrères (91 % vs 86 %, p=0,005)

4

Conclusion

Les résultats objectivent significativement les préjugés portés par les confrères sur les internes de psychiatrie et montrent qu'ils sont faux. Ils permettent également de participer activement à la promotion d'une image positive de la psychiatrie et des psychiatres. Actuellement, cette étude a abouti à la constitution du groupe de travail européen RPIP (Recruitment and Positive Image Promotion) au sein de l'EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees). A moyen terme, il est attendu de pouvoir déconstruire les « clichés » attachés à l'image de la psychiatrie auprès des étudiants en médecine et leurs confrères, de rendre la psychiatrie plus attractive, et de participer ainsi à l'amélioration du recrutement dans la spécialité, en qualité et en nombre.

Avant de terminer sa présidence de l'AFFEP, Déborah Sebbane a dû s'acquitter d'une petite formalité : passer sa thèse d'exercice ! Mais s'investir pendant deux années auprès des internes vous pousse dans des recoins pour le moins originaux ! Elle a donc décidé de consacrer son travail à la question de la stigmatisation des internes en psychiatrie par leurs confrères !

Ces réflexions ont donc logiquement leur place dans ce dossier, puisqu'elles donnent une vision de ce qu'est l'interne de psychiatrie pour ses collègues en 2015. Déborah, retrouvons nous dans 40 ans pour voir si cette vision a changé !

L'INTERNE EN PSYCHIATRIE


Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille



SEBBANE D.

Ex-Présidente de l'AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie),
Pôle de Psychiatrie, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

ROBERT S.

Service de Psychiatrie Adulte,
G19, EPSM Lille Métropole

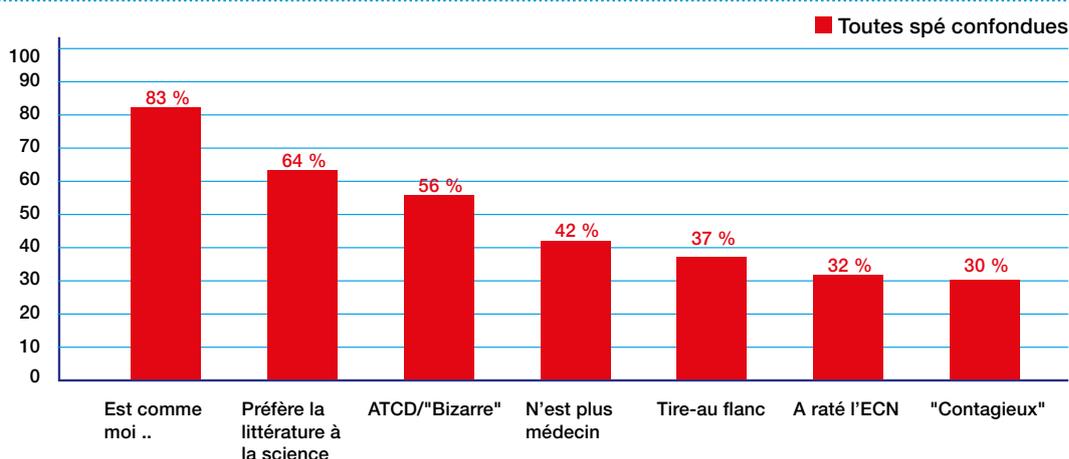
2

Matériel et Méthodes

Une enquête descriptive observationnelle transversale réalisée par auto-questionnaire anonyme a été conduite par l'AFFEP auprès des internes inscrits aux DES de psychiatrie, de neurologie, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie orthopédique, de pédiatrie ou de médecine générale, entre juin et juillet 2013. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel MODALISA.

Les objectifs sont : (1) comparer les données sociodémographiques, le profil scolaire et universitaire et les données sociales des internes de psychiatrie avec celles des internes issus des autres spécialités ; (2) mettre en évidence les préjugés émis sur l'interne en psychiatrie par ses confrères et objectiver qu'ils sont faux ; (3) décrire l'identité professionnelle des internes français de psychiatrie.

Représentations de l'interne de psychiatrie par ses confrères



Histoire de vie

Aucune différence statistique significative n'est observée concernant les ATCD personnels psychiatriques (12,6 % psy vs 9,3 % non psy, $p=0,074$)

Les internes de psychiatrie déclarent significativement plus d'ATCD familiaux psychiatriques que leurs confrères (17,8 % vs 12 %, $p=0,001$)

Identité professionnelle de l'interne en psychiatrie

Plus de 95 % des internes de psychiatrie déclarent être satisfaits d'être interne dans cette spécialité

Plus de 75 % d'entre eux trouvent de très nombreux bénéfices à la formation du métier de psychiatre

92 % se considèrent comme médecin avant tout

90 % considèrent le DSM/CIM comme utile et/ou indispensable

99 % considèrent la prescription de psychotropes utile et/ou indispensable

96,5 % se sentent concernés par la dimension sociale du métier

95 % se sentent concernés par la pratique psychothérapique, 78 % souhaitent l'exercer eux-mêmes

Références

- Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species ? Observations on internal and external challenges to the profession. World Psychiatry 2010; 9:21-28
- Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma too. Psychiatr Bull 2000; 24:284-5
- Sartorius and al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010; 9:133-141
- Tamaskar P., McGinnis R. Declining student interest in psychiatry. JAMA 2002; 287:1859



Parole aux internes

La psychiatrie est riche de diversité. Mais de cette diversité naît parfois une certaine confusion dans l'esprit de la population : au final, c'est quoi un psychiatre ?

Pour répondre à cette question, et à quelques autres à côté, nous avons rencontré Emanuel Loeb et Manuel Rubio.

Emanuel Loeb



Emanuel est interne de psychiatrie en 8^{ème} semestre à Caen. Il a validé un Master 2 en Neurosciences, à Caen, et est actuellement en DESC de pharmacologie clinique.

Manuel Rubio



Manuel est interne en 6^{ème} semestre à Paris et a validé un Master 2 en psychopathologie et psychanalyse.

Le décor était planté, nous nous sommes retrouvés dans les locaux de l'Institut Mutualiste de Montsouris, pour deux heures de débat, dont voici une maigre retranscription, tant les propos furent riches et divers !

Première question, la plus simple a priori : qu'est ce que la psychiatrie ?

Emanuel : C'est une spécialité médicale, issue des études médicales, qui vise à prendre en charge des patients souffrant d'un trouble psychique.

Mais qu'est ce qu'un trouble psychique ?

E : Oui, les troubles psychiques sont des troubles des interactions sociales, de la cognition, en gros les troubles appartenant au grand cadre de la nosographie psychiatrique, nécessitant une prise en charge du fait d'un risque de désinsertion sociale.

Manuel : Pour moi, la psychiatrie est avant tout une tradition, ce n'est pas une discipline. C'est une histoire qui s'est faite avec la médecine, avec la neurologie notamment et à un moment contre elle, lorsqu'elle a abandonné l'idée d'une causalité linéaire, pour aborder la notion particulière qu'est l'inconscient. A partir du

moment où l'abord de l'inconscient par la psychanalyse est apparu à l'intérieur de la clinique psychiatrique, il y a eu une modification très importante des concepts. Dans le vocabulaire par exemple : il doit y avoir actuellement 50 % des termes de la psychiatrie qui se réfèrent à la psychanalyse ! Son imprégnation dans la psychiatrie moderne est donc indéniable. Pour quelqu'un qui s'y réfère, comme c'est mon cas, c'est rassurant, puisque cohérent. Et en même temps, ce peut être source de confusion, puisque la plupart des termes ont été dévoyés dans l'usage courant. C'est l'exemple des termes de dissociation ou d'hystérie, imprégnés de présupposés psychanalytiques, et employés largement dans des endroits qui n'utilisent pas par ailleurs des dispositifs qui permettraient d'avoir accès à cette dimension analytique.

La psychanalyse a pris une dimension opératoire, intégrée dans le fonctionnement général des hôpitaux, en rabattant sur le lexique psychanalytique des objectifs différents.



Le métier de psychiatre comporte-t-il une réflexion sur la place de la folie dans la société ? Pour vous, comment définir un psychiatre aujourd'hui ?

E : Le psychiatre doit rester dans son rôle médical et doit pouvoir répondre de manière médicale aux enjeux sociétaux qu'on lui renvoie. En revanche, ce n'est pas à lui d'émettre des positionnements idéologiques ou politiques qui doivent rester dans la sphère du débat public auquel, bien évidemment en tant que citoyen, il peut prendre part. A noter que toute la difficulté des troubles psychiatriques est qu'ils se définissent à la fois dans un champ médical et sociétal. Ainsi, il existe souvent une confusion dans la société à propos de ce qu'est « la folie », imposant à la médecine et donc à la psychiatrie de se saisir de problématiques qui n'appartiennent pas à son champ de compétences.

M : Mais toute spécialité a une éthique ?

E : Oui, mais celle-ci doit se discuter dans le cadre de discussions élargies où la place de chacun est définie et ne pas s'auto-définir. Au même titre, ce n'est pas aux gynécologues seuls, de définir ce qui serait acceptable pour la société, par exemple, concernant la PMA.

M : Donc on cantonne le psychiatre au champ d'expert d'un champ spécifique. Ça se défend, mais la psychiatrie a comme spécificité de s'occuper de l'esprit humain, qui a également une dimension éthique, politique, sociétale. Restreindre son champ de connaissances est un choix qui doit être librement consenti par le psychiatre et tout motif de restriction a valeur idéologique. Lorsqu'on s'autorise à penser cette portée idéologique, les enjeux de pouvoir inhérents à tout discours deviennent explicites. Ce travail d'élucidation des rapports de pouvoir à un effet libérateur et me semble essentiel dans notre champ d'action qui a à faire avec la question de l'aliénation.

La psychiatrie s'occupe de l'esprit humain ? Ou du cerveau ?

M : J'ai parlé d'esprit humain à dessein. Quand on dit « c'est pas vous qui êtes malade, c'est votre cerveau », qu'est ce qui définit l'être, qu'est ce qui définit l'humain ? Est ce que c'est la machinerie biologique ? Dans ce cas, cette machine serait à la fois l'objet d'analyse et l'outil avec lequel on l'analyse. Réduire la psychiatrie à l'organe n'a aucun intérêt, si ce n'est d'occulter la complexité des phénomènes humains par une causalité localisable,

repérable. Le neurochirurgien s'occupe du cerveau. Je choisis plutôt de m'occuper de l'esprit, avec toutes ses dimensions philosophiques, sociétales.

E : Le cerveau a bien évidemment une place privilégiée en tant qu'organe de l'intellect. Mais le cerveau n'est peut être qu'un élément de la machinerie complexe à l'origine des troubles du comportement. Notre rôle de médecin est de rester le plus objectif possible, loin de la subjectivité. Pour moi, la place de la psychiatrie est justement de sortir de l'intersubjectivité, pour revenir à l'objectivité dans la mesure du possible, même si cette intersubjectivité est la base de toute relation.

Je pense que la société dans sa majorité, confrontée à des pronostics sévères auxquels les données de la science ne peuvent pas répondre, a tendance à se réfugier vers des solutions alternatives subjectives, propres aux croyances de chacun, que ce soit la psychanalyse, l'homéopathie, ou l'acupuncture. Cela est tout à fait compréhensible.

M : Je ne sais pas s'il y'a une dichotomie claire entre subjectivité et objectivité : à partir du moment où on est sujet en train d'observer un sujet, on transforme le sujet en objet, et je n'ai rien contre. Ce que je veux dire, c'est que le contenu de l'objectivité ne provient que de nos présupposés théoriques. La vision structuraliste de la psychanalyse que je défends (puisque'elle est attaquée) refuse l'intuition. C'est d'ailleurs un mécanisme essentiel du délire. C'est une tentative de construction du sujet situé dans le monde, à l'échelle collective, pour décrire un système d'effets et non une cause originaire.

Quel regard portez-vous sur l'évolution de la psychiatrie ces quarante dernières années ? Et comment aimeriez-vous que la psychiatrie évolue ?

E : L'évolution de la psychiatrie n'est rien d'autre que le reflet de ce que la société a voulu qu'elle devienne et quel rôle elle a voulu lui confier. On a laissé grossir les unités de psychiatrie, rajouté des lits, et on a délaissé les centres de réinsertion type ESAT, IME. Dans ma formation de psychiatre, j'aimerais bien aller sur ce type de terrains de stage du médico-social. Je ne les rencontre finalement que lorsqu'ils sont en crise et que les patients sont amenés au CMP. Ce qui est une vision très réductrice du rôle du psychiatre, qui ne serait là que pour rééquilibrer le traitement d'un patient.



Je pense qu'aujourd'hui, il est nécessaire de remédicaliser la psychiatrie, de créer des pôles d'expertise qui soient des pôles d'excellence, même s'ils vont probablement être amenés à être remaniés du fait de l'évolution des cadres nosographiques en psychiatrie. Et il faut également investir massivement dans le médicosocial, dans l'accompagnement, dans la psychiatrie à domicile, dans les unités mobiles de psychiatrie, il faut diversifier le métier de psychiatre, ce qui va également améliorer l'image de la psychiatrie, et attirer d'autres vers cette spécialité.

Quant à l'avenir, c'est toujours difficile de jouer les Nostradamus ! Est-ce que la psychiatrie c'est la médecine des neurosciences ? Et dans ce cas, quels sont nos liens avec la neurologie ? Il y a eu un divorce avec la neurologie parce qu'à un moment, il y avait des alternatives thérapeutiques en psychiatrie et pas en neurologie. Mais aujourd'hui, les choses s'inversent. Par exemple, dans les TOC, on voit de plus en plus de patients qui étaient pris en charge en psychiatrie se diriger vers les neurologues, les neuropsychologues et les neurochirurgiens, avec des équipes pluridisciplinaires. C'est aussi tout l'enjeu de l'évolution de la psychiatrie de la personne âgée, sur lequel l'AFFEP a travaillé l'an dernier, avec la question des troubles neurodégénératifs, dont les psychiatres s'occupent de plus en plus.

Ces difficultés d'appréhender le rôle de la psychiatrie dans les maladies psychiques se retrouvent également dans l'autisme, avec des familles qui préfèrent aller voir le neuropédiatre plutôt que le pédopsychiatre. Si demain on arrive à stopper des hallucinations auditives par stimulation profonde, qui les prendra en charge, les neurologues ou les psychiatres ?

Je pense qu'au fond la psychiatrie est à la croisée des chemins entre les attentes qu'en a la société, et les avancées médico-techniques qui révolutionnent chaque jour les connaissances et la vision que l'on a des troubles psychiques. Tout l'enjeu est donc de trouver notre place entre les neurologues et les psychologues. Mais au final, je pense que ce sont les patients qui imposeront leur volonté, et les psychiatres qui s'adapteront.

M : Les quarante dernières années sont très intéressantes à analyser : durant ces quarante dernières années, des voies ont été ouvertes par des psychiatres et des psychanalystes, et qui ont sans doute été trop vite refermées, ou qui sont en train de l'être complètement. Par exemple, et pour reprendre cette question, la

politique de secteur existait pour répondre à une question d'organisation de soins, de relais ville/hôpital, qui pourrait d'ailleurs aussi être utilisée dans la médecine somatique, avec un mode de prise en charge collective des patients. Ces ambitions n'ont plus les moyens d'exister, et de moins en moins. Il y a eu des moyens alloués bien plus importants par le passé, qui ont permis la mise en pratique de théories audacieuses. Mais actuellement, la rigueur économique rend aberrants certains fonctionnements de la thérapie institutionnelle, de certains psychanalystes qui ont essayé de penser la psychose de l'enfant et de l'adulte par exemple.



J'aurais plutôt envie d'aller chercher dans la séméiologie fine de cette époque et d'avant, très liée à la neurologie d'ailleurs, à l'écart d'ambitions thérapeutiques puisque la plupart des maladies neurologiques de l'époque n'avaient guère d'avenir optimiste. Il sera aussi important d'avoir une réflexion avec les sciences humaines, comment penser l'histoire en général et celle de notre spécialité, comment penser le fait social, comment penser la clinique... ces questions peuvent être croisées. La psychanalyse, une hypothèse sans cesse renouvelée, doit également s'adapter aux manifestations sociales, au mandat de la société. Il semblerait par exemple que de plus en plus de patients psychotiques, au sens structural, demandent des psychanalyses par exemple, ce qui était plus rare auparavant. Nous pourrions également beaucoup apprendre des linguistes, sur certains signes diagnostiques notamment.

E : Il existe d'ailleurs de très belles études sur la prosodie actuellement !

M : Tout à fait. Je reviens d'ailleurs sur les liens avec les neurosciences : le lien entre psychanalyse et neurosciences peut se faire, mais il ne faut pas aller trop vite en risquant de dire n'importe quoi. Je défends la



psychanalyse de l'incompréhension, et je ne prétends pas comprendre les neurosciences. Je crois à l'organique, mais ce n'est pas mon champ d'action.

Quand on vous écoute, on a l'impression que vous ferez tous les deux un métier très différent, avec un champ d'action justement presque opposé. Et pourtant, dans peu de temps, vous serez tous les deux des psychiatres !

E : C'était tout l'enjeu de la réforme du troisième cycle, définir le référentiel métier du psychiatre. Par exemple, poser la question de la place du psychiatre dans la prise en charge psychothérapique du patient. Je crois que le statut de médecin laisse croire qu'on est capable de tout faire ce qui n'est pas le cas et est souvent délétère. Il faudrait donc redéfinir, aux vues des connaissances actuelles et du paysage actuel des professionnels de santé entrants dans le champ de la santé mentale, le rôle du psychiatre, qui doit, à mon sens, s'occuper du prisme scientifique et biologique des manifestations cliniques des différents troubles psychiques.

M : Mais ne rapporter ces troubles psychiques qu'à la biologie est réducteur. La psychiatrie n'est heureusement pas que la naturalisation des maladies mentales.

La formation des internes en psychiatrie vous semble-t-elle satisfaisante ?

M : Le temps hospitalier est trop important. La formation théorique est monumentale en psychiatrie et je pense que le niveau de culture des internes s'est considérablement amoindri. Mais en partie parce que nous sommes la plupart de nos journées et soirées à nos tâches hospitalières et administratives ! Je pense qu'il faut renforcer la part théorique en libérant du temps de formation pour nos travaux de lecture et d'écriture.

E : Je suis d'accord avec ce point, les internes sont des étudiants, certes avec une formation professionnalisante... mais des étudiants tout de même.

M : Des doctorants !

E : Exactement, même si certaines thèses ne correspondent pas à des thèses de doctorat.

M : Mais parce qu'on manque de temps et de culture de recherche. Il faut un encadrement de qualité, une formation orientée sur la recherche. Tout en laissant une ouverture des champs de recherche possibles pour les internes de psychiatrie, et ne pas être enchaîné à l'EBM. La psychiatrie se nourrit des apports exogènes.

E : La question qui se pose ici est notre incapacité à nous extraire du champ médical pur. Quelle que soit la spécialité, on devrait tous avoir la possibilité d'avoir accès à une double formation (littéraire, juridique, éthique...). Plutôt que de vouloir faire de la philosophie en psychiatrie, et donc de mal faire les deux, on devrait avoir la possibilité de faire à la fois un cursus en philosophie, et un cursus en psychiatrie. Mais la psychiatrie n'est pas différente des autres spécialités médicales dont on ne peut réduire l'exercice à des questions techniques pures. Je pense que nous autres psychiatres, ne sommes pas différents des autres spécialistes, et que les autres ne sont pas différents de nous, et c'est ce que je reproche à une partie des psychiatres-psychanalystes qui ont tendance à mettre le psychiatre de côté.

M : La psychiatrie n'est pas qu'une technique ou un discours médical sur les maladies mentales. L'objet même de la psychiatrie a des ramifications multiples, et en ça je trouve effectivement qu'il y a une spécificité de la psychiatrie par rapport aux autres spécialités. Si la psychiatrie est particulière, c'est qu'elle s'interdit la possibilité d'être sérieuse, puisque dans sérieuse, il y a a série. Je pense que tout psychiatre a le droit de faire le clown !

C'est sur ces propos de Manuel que nous avons clos cette discussion, avec une bonne heure de retard sur l'horaire prévu. Pour moi, cette discussion a été d'une grande richesse et extrêmement stimulante. J'en ressors avec plus de questions qu'au début, mais j'espère qu'Emanuel et Manuel vous auront apporté quelques éléments de réflexion ! N'hésitez pas à nous transmettre vos impressions !

Et si vous souhaitez prolonger le plaisir, sachez que la version intégrale de cette interview est disponible sur le site de l'AFFEP : www.affep.fr, une bonne occasion d'en découvrir le nouveau design !

Un grand merci à nos deux internes pour leur disponibilité et leur intelligence. Merci également à Étienne Pot pour les photos et son soutien !

Propos recueillis par
Benjamin LAVIGNE



Réforme du 3^e cycle des études médicales : la grande vadrouille

En France, les études médicales sont longues et complexes. Passé ce constat d'évidence, il faut également préciser que, bien trop souvent, le cursus général médical de spécialité lors du 3^e cycle ne se suffit pas à lui-même et, pour illustrer ce point, évoquons les spécialités chirurgicales. Ces dernières nécessitent la passation d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) qui ne se valide pas intégralement lors du DES et obligent l'interne à terminer son cursus de DESC par un post-internat (assistantat ou clinicat).

Les postes de chefs de clinique ou d'assistant étant bien inférieurs en nombre à ceux d'internes, on perçoit aisément la complexité de la situation d'un interne de chirurgie terminant son DES sans avoir trouvé de post-internat et ne pouvant donc exercer sa spécialité...

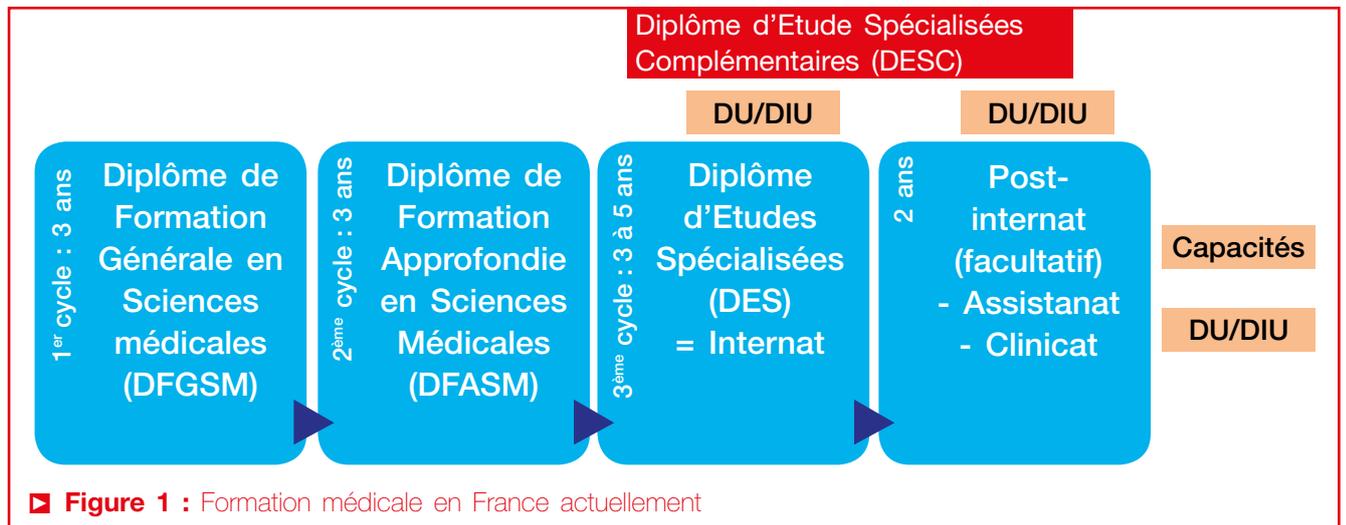
Autre point méritant d'être souligné, certains DES dans certaines subdivisions intègrent dans leur maquette de formation la participation obligatoire à un Diplôme Universitaire (DU) ou Inter-Universitaire (DIU). Les internes se retrouvent donc bien souvent à devoir payer un supplément non négligeable de frais d'inscription universitaires pour un enseignement qui devrait être intégré dans leur formation initiale et le programme de DES.

Enfin, il existe actuellement en France un manque de lisibilité important du cursus médical notamment du fait de la coexistence de formations pré et post-graduées, aboutissant à l'acquisition de mêmes compétences et/ou de mêmes surspécialités. Les DESC et capacités d'addictologie et de gériatrie illustrent très bien ce point. Le volume horaire de formation et les exigences en termes de stages pratiques sont souvent bien différents entre DESC et capacités et conduisent pourtant à l'acquisition du même titre d'addictologue ou de gériatre.

► La figure 1 résume le cursus médical actuel en France.

Un internat stratifié pour une progression accompagnée

De ce fait, des « travaux » pour une réforme du 3^e cycle, souhaitée de longue date, ont débuté en 2009 avec la première Commission de l'internat et du post-internat (CNIPI 1), suivie en 2011 par la CNIPI 2. Si les travaux de ces deux commissions n'ont pas abouti, on leur doit toutefois d'avoir pensé un internat avec des stages qualifiés de « niveau », c'est-à-dire qu'un interne en début de cursus ne pouvait prétendre à certains stages réservés à des internes en fin de DES (et inversement). En 2012, l'alternance politique a, semble-t-il, gelé le processus de réforme et ce dernier n'a véritablement repris qu'en 2013 avec le Groupe de Travail 3^e cycle (GT3C) constitué à la demande des ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Le GT3C, dont les travaux ont été dirigés par les Prs Couraud et Pruvot, a remis son rapport final en janvier 2014 (1) pour une application prévue en novembre 2016.



► Figure 1 : Formation médicale en France actuellement



Reprenant le principe d'un DES organisé par niveau, le GT3C proposait que l'internat soit subdivisé en trois phases : phase socle (PS), phase intermédiaire (PI) et phase de mise en responsabilité (PMR). Ces trois phases s'inscrivaient dans une progression logique et graduelle de la complexité des compétences à acquérir et du niveau de responsabilité donné à l'interne.

Les passages d'une phase à l'autre étaient ainsi jalonnés d'étapes à valider dans un objectif double de suivi du parcours de l'interne et de contrôle des compétences et mise à jour des connaissances.

Tout d'abord, entre la PS et la PI, l'interne devait formaliser un contrat de formation dans lequel il définissait l'orientation de sa maquette ultérieure et précisait notamment le choix d'une éventuelle formation surspécialisée et/ou complémentaire avec le coordonnateur de DES et son équipe pédagogique.

La transition entre la PI et la PMR était marquée, quant à elle, par la passation du mémoire-thèse.

Ainsi, l'interne entrant en PMR devait être docteur en médecine et exercer ses fonctions en pleine responsabilité de façon « dérogatoire » tel que le précisait le rapport. La validation définitive du DES (et donc l'acquisition de la spécialité) s'effectuait ainsi par la simple validation du ou des stages de PMR sans autre forme d'examen.

► La figure 2 résume la modélisation de cette nouvelle maquette.

Un point important de cette réforme concernait les surspécialités et les formations complémentaires. Ces dernières devaient être largement remaniées avec la suppression des DESC et la création d'option de DES et de Formations Spécialisées Transversales (FST).

Les options d'un DES étaient des formations uniquement accessibles aux internes du DES duquel elles sont issues

et ouvraient à une surspécialisation d'exercice exclusif ou à l'acquisition de compétences spécifiques au sein de la spécialité.

Les FST étaient les héritières des DESC dit transversaux (non qualifiants) et constituaient des formations complémentaires ouvertes et pluridisciplinaires ; elles étaient donc accessibles aux internes de différents DES.

► La liste des FST est présentée dans le tableau 1.



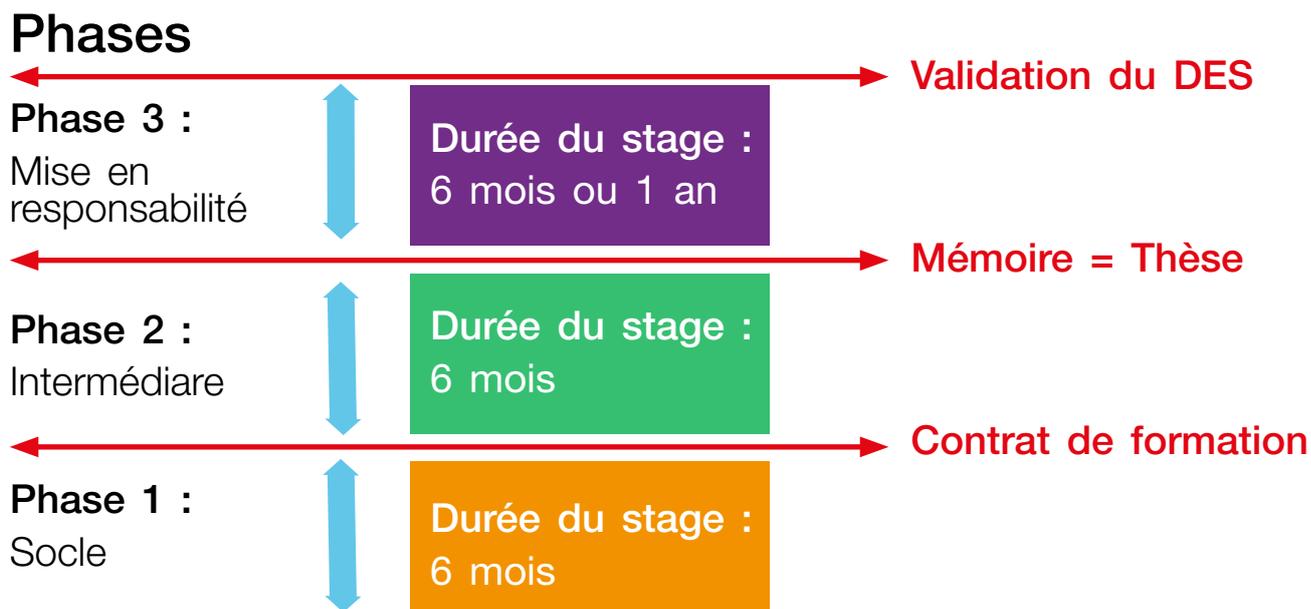
Un autre objectif de taille de cette réforme était d'organiser la vaste refonte des surspécialités et des formations complémentaires en réorganisant en profondeur la distribution par filière des différentes spécialités. Ainsi, ne persistaient que 3 filières : spécialités médicales, spécialités chirurgicales et biologie médicale. Avec la fin des DESC qualifiants était donc créés de nouveaux DES, comme par exemple celui de médecine d'urgence ou de gériatrie. Par conséquent, la simplification et la réduction du nombre de filières entraînaient l'intégration de la psychiatrie au sein des spécialités médicales. Et ce mouvement concernait également d'autres « anciennes » filières comme la médecine générale, la santé publique ou la médecine du travail.

► Le tableau 2 détaille les propositions de réorganisation des filières.

Addictologie
Andrologie
Allergologie et Immunologie clinique
Cancérologie
Médecine de la douleur et des soins palliatifs
Médecine de la reproduction
Médecine du sport
Médecine légale et expertises médicales
Nutrition
Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique
Pharmacologie médicale

► **Tableau 1 :**
Liste des Formations
Spécialisées Transversales

► **Figure 2 :** Modélisation générale des DES selon les propositions du Groupe de Travail 3^e cycle



► **Tableau 2 :** Liste des spécialités par filières

Filière Spécialités médicales (25 DES)	Filière Spécialités chirurgicales (13 DES)	Filière Biologie Médicale (1 DES)
Anatomie et cytologie pathologiques Anesthésie réanimation Cardiologie et maladies vasculaires Dermatologie et vénéréologie Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques Gastro-entérologie et hépatologie Génétique médicale Gériatrie Gynécologie médicale Hématologie Médecine d'urgence Médecine du travail Médecine générale Médecine interne Médecine nucléaire Médecine physique et de la réadaptation Néphrologie Neurologie Oncologie Pédiatrie Pneumologie Psychiatrie Radiodiagnostic et imagerie médicale Rhumatologie Santé publique	Chirurgie de la face et du cou Chirurgie orale Chirurgie orthopédique et traumatologie Chirurgie pédiatrique Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Chirurgie urologique Chirurgie vasculaire Chirurgie viscérale et digestive Gynécologie obstétrique Neurochirurgie Ophtalmologie ORL	Biologie Médicale



Gel de la réforme : quelles perspectives pour la Psychiatrie ?

En janvier 2015 a été remis aux différents ministres concernés par cette réforme un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et d'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR) (2) relatif à la faisabilité du rapport des Prs Couraud et Pruvot. Ce rapport soutient la nécessité d'une réforme en profondeur de l'internat français ainsi que la temporalité d'application de ces changements en prônant un maintien du calendrier d'application pour novembre 2016. Les quelques critiques au rapport initial portent sur l'intitulé de la 3^e phase (pour laquelle est proposé la nouvelle appellation de Praticien en Phase d'Autonomie Supervisée [PPAS]) et sur le statut des internes lors de cette 3^e phase. Plutôt

qu'un saut statutaire, le rapport de faisabilité suggère une simple revalorisation salariale. Ce rapport bien que remis en début d'année n'a été rendu public que mi-avril. Pourquoi ce délai ? La réponse est vraisemblablement à rechercher sur le front syndical.

Depuis le début de l'année 2015, l'InterSyndicat National des Internes (ISNI) a progressivement retiré son soutien aux travaux des Prs Couraud et Pruvot du fait de nombreux désaccords concernant le statut de la 3^e phase ou le rôle prépondérant laissé au coordonnateur de DES par la proposition de réforme. Sans le soutien du principal syndicat d'internes, les ministères de la Santé et de l'Education nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ont reculé et, dans un courrier commun en date du 16 mars 2015, ont acté la création de la CNEMMOP (Commission Nationale des Etudes de Maïeutique, Médecine, Odontologie et Pharmacie).



Cette nouvelle commission, a notamment pour mission de formuler des propositions concertées sur les évolutions pédagogiques des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie, et leurs impacts organisationnels, financiers et statutaires. Elle se substitue ainsi à la Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat (CNIPI) et à la Commission pédagogique nationale des études de santé (CPNES). De ce fait, la GT3C cesse ses travaux ; les Prs Couraud et Pruvot devaient remettre leur rapport de fin de mission à la fin du mois d'avril.



Les différents enjeux de la réforme, transposés au DES de Psychiatrie, donneront lieu à des débats passionnés et engagés sur les modalités d'application possibles,

en tenant compte des contraintes imposées par rapport Couraud/Pruvot. Les travaux de la GT3C étaient allés suffisamment loin pour que toutes les spécialités rendent leur projet de nouvelle maquette répondant aux impératifs des propositions dudit rapport. La maquette du DES de psychiatrie proposée, objets de travaux communs entre le Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP) et l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP), demeurent un support de travail non négligeable pour la CNEMMOP.

Loin d'être stériles, ces débats et ces travaux auront fait émerger des propositions d'amélioration de l'enseignement et de l'encadrement proposés aux internes en Psychiatrie, permettant à chaque intervenant, universitaires et représentants des internes, d'exposer leur priorité et d'établir les grands axes de réflexions pour améliorer la formation des internes et l'accès aux différentes surspécialités.

Quelques questionnements persistent toutefois : la CNEMMOP aura-t-elle pour objectif le maintien d'une application de la réforme en 2016 pour répondre aux impératifs calendaires (et notamment de la mise en conformité des études de médecine au système LMD) ? Qu'advientra-t-il des propositions faites par le rapport Couraud/Pruvot ? Seront-elles reprises par la CNEMMOP ou la réflexion de cette dernière repartira-t-elle de zéro ? Doit-on attendre une hypothétique réforme globale du 3^e cycle pour réformer la maquette du DES de Psychiatrie ?

Des réponses à ces questions arriveront vraisemblablement dans les semaines et mois à venir.

Bibliographie

- (1) Couraud F, Pruvot FR. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. Paris : Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle ; 2014 janv.
 - (2) Selleret F-X, Blemont P. Réforme du troisième cycle des études médicales. Mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative de la réforme [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2015 janv p. 133. Report No.: 2014-100R. Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-100R.pdf>
-



► Psychiatrie et psychologie : confluence ou divergence ?

On le croise souvent dans nos services, on lui envoie des patients, on discute avec en synthèse. Mais au fait, à quoi sert-il ?

Il, ou elle d'ailleurs, c'est le psychologue ! Un collègue qui semble incontournable dans le champ de la santé mentale ! Mais avouez-le, qui n'a jamais été confronté à un patient, ou un ami, ou un membre de sa famille, demandant « mais c'est quoi la différence entre les deux ? ».

Raphaël Trouillet



Nous avons donc décidé de poser la question à un d'entre eux ! Raphaël Trouillet est Maître de Conférences à l'Université Paul Valéry de Montpellier, et travaille au laboratoire Epsilon EA4556, dans l'équipe de recherche consacrée aux Dynamiques cognitives et sociocognitives émergentes. Il est également le président de la Société Française de Psychologie. Il a accepté de répondre à nos questions, et nous le remercions chaleureusement pour ses réponses passionnantes et prometteuses d'un avenir riche en collaboration !

Être psychologue aujourd'hui, c'est quoi ?

Je pense utile de définir tout d'abord la psychologie. Il s'agit d'une discipline scientifique étudiant les comportements, les conduites et les processus mentaux. Autrement dit, nous supposons que des phénomènes immatériels – ou du moins dont la matérialité reste à déterminer – expliquent nos comportements. Ces phénomènes correspondent aux processus mentaux.

Aujourd'hui, un psychologue est un praticien s'appuyant sur des savoirs et savoir-faire scientifiques permettant d'étudier ces processus, leurs relations avec le contexte et les comportements d'un individu. Ces processus sont extrêmement nombreux et leurs dénominations peuvent varier selon les référentiels théoriques (par exemple, le phénomène d'anosognosie peut être expliqué par le processus du déni ou par celui d'un déficit des processus de mise à jour de la mémoire autobiographique). Dans le cadre de la pratique clinique, il s'agit alors d'identifier les processus mentaux associés aux comportements troubles ainsi que les techniques thérapeutiques permettant d'agir sur ces processus. L'évaluation de ces processus est alors, à la fois, un enjeu fondamental et un challenge : comment évaluer objectivement des processus inobservables directement tout en estimant la fiabilité de la mesure obtenue ?

En ce sens, aujourd'hui, un psychologue est un professionnel contribuant à l'explication des comportements humains et à leurs troubles en travaillant sur un niveau d'analyse particulier – celui des processus mentaux. Ce travail implique également un savoir faire technique particulier concernant les méthodes d'objectivation de ces processus. De plus, nous disposons actuellement d'un grand nombre d'outils thérapeutiques non-médicamenteux permettant de participer aux soins d'un grand nombre de maladies. Enfin, la formation et l'intervention des psychologues dans de nombreux champs professionnels (e.g., ressources humaines, psychologie du travail) nous permettent aujourd'hui d'intervenir dans de multiples domaines professionnels en dehors de celui du soin.

Quelles évolutions a connu le métier de psychologue ces dernières années ?

Comme pour toutes les sciences, les progressions concernent les connaissances produites à la fois par la recherche fondamentale et appliquée. Concernant plus spécifiquement la pratique psychologique, la fin du XX^{ème} siècle a été marquée par le vote de la loi du 25 juillet 1985 définissant la pratique de la psychologie. De plus, notre profession est encadrée par un code de déontologie depuis le mois de mars 1996 (actualisé en février 2012).



Ces dispositifs permettent ainsi de protéger les usagers contre une pratique frauduleuse de la psychologie tout en donnant au psychologue des droits et des devoirs dans sa pratique. Malheureusement, ces informations sont souvent mal connues des collaborateurs des psychologues, voire peut-être de certains psychologues, et cette situation complique souvent les relations professionnelles.

Au niveau théorique et technique, de nouvelles méthodologies sont apparues sous l'impulsion de progrès scientifiques. Ainsi, de nouvelles formes de thérapies sont apparues telles que les Interventions Basées sur la Pleine Conscience. La prise en charge de pathologies neurologiques a également évolué avec les progrès de la neuropsychologie. Au niveau technique, les outils de mesure ont progressé au cours des dernières décennies et nous disposons aujourd'hui d'un éventail technique large – du simple questionnaire à des procédures informatisées. Enfin, il y a un souci croissant d'utiliser des techniques dont la validité et l'efficacité ont été démontrées. Nous constatons ainsi une augmentation continue de publications d'essais cliniques randomisés portant sur les interventions non-médicamenteuses.

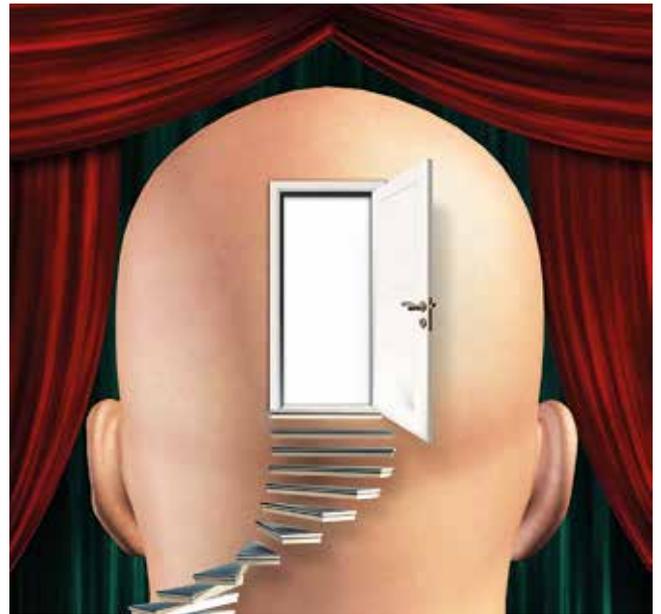
Toutefois, il faut souligner que notre discipline est constituée de courants théoriques et de multiples traditions conduisant encore à un manque d'accord sur certaines de ces questions.

Comment voyez-vous le métier de psychologue dans les quarante prochaines années ?

La psychologie est une discipline très récente puisqu'elle a aujourd'hui un peu plus d'un siècle d'existence. Notre histoire reste donc en grande partie à écrire. Je pense, que les évolutions futures doivent concerner à la fois notre discipline ainsi que le rôle des psychologues dans la société. L'union de notre discipline est un enjeu fondamental, notamment en France. Par exemple, nous devons pouvoir nous accorder sur la définition de l'efficacité d'une intervention psychothérapeutique. La place des outils d'évaluation dans la pratique clinique est également l'objet de certains désaccords, or l'étude empirique des processus mentaux est fondamentale. Nous devons arriver à un avis consensuel sur ces questions. Plus globalement, si le législateur et le code de déontologie fournissent une définition non-ambigüe de notre métier, nous devons aller plus loin dans la définition de

notre profession afin d'intégrer les évolutions scientifiques et techniques.

Ces travaux à venir pour la communauté des psychologues aideront à affirmer et clarifier notre identité auprès de la société et des autres acteurs de la santé. En effet, nous constatons toujours que la fonction du psychologue et son rôle dans une équipe pluridisciplinaire reste l'objet d'imprécisions.



Daniel Lagache posait dès 1949 la question de l'unité de la psychologie, je pense que nous devons renforcer nos efforts dans cette direction.

Plus globalement, je pense que nous avons un challenge. Notre métier consiste à étudier des phénomènes immatériels – les processus et contenus de pensée. Nous sommes issus d'une longue tradition philosophique qui, avec une partie de la médecine (dont Hippocrate), s'est historiquement intéressée à ces phénomènes. Le statut scientifique de la psychologie et son identité professionnelles doivent encore être plus affirmés.

Quels liens voyez-vous actuellement entre les professions de psychiatres et de psychologues ?

Nos deux professions sont déjà liées par leur suffixe « psych ». Autrement dit, nous nous intéressons à l'âme de l'individu ainsi qu'à ses comportements normaux où troublés.

Je crois que nos différences de formation nous conduisent à acquérir des connaissances et des



compétences complémentaires pour l'étude et le soin des comportements troublés. Par exemple, la psychologie et les psychologues apportent des solutions méthodologiques et théoriques nombreuses afin de mieux comprendre comment des événements de vie (diagnostique d'une maladie chronique, ruptures de vie telle qu'une modification du statut socio-professionnel ou un décès) peuvent être reliés à certains troubles du comportement. Des progrès dans nos modélisations, notamment statistiques, nous permettent d'aborder la complexité de ces relations. Les développements de la neuropsychologie cognitive et clinique apportent également des éléments de réponse intéressants afin de relier l'activité neurologique, le comportement et l'activité psychologique. Nous voyons alors que nos deux professions partagent à la fois un objectif et un langage commun, tout en apportant un éclairage particulier et complémentaire de la pathologie mentale.

Au niveau thérapeutique, nos interventions peuvent également se compléter afin de proposer un projet thérapeutique ciblé portant sur une identification rigoureuse des conséquences de nos actions thérapeutiques au niveau physiologique, psychologique et social.

Et comment voyez-vous l'évolution des rapports entre les psychiatres et les psychologues ?

Je constate que nos rapports progressent avec le temps et que nous parvenons à mieux identifier nos complémentarités. Si je prends l'exemple de la recherche, notamment à Montpellier, les projets de collaboration se développent et nous parvenons à mieux mutualiser nos points forts et nos complémentarités. Des projets interdisciplinaires sont ainsi favorisés.

Je pense que cette évolution aura toutefois comme prérequis la continuité de la réflexion des psychologues sur leur identité professionnelle, une plus grande homogénéisation de leurs pratiques, ainsi qu'une meilleure compréhension de la part des psychiatres concernant la fonction des psychologues. Le développement de ce dialogue mutuel devrait aider à neutraliser certains préjugés que nous pouvons avoir les uns à l'égard des autres. Actuellement, ces préjugés peuvent conduire à des attitudes discriminatoires de la part des uns et des autres, une non-reconnaissance de la fonction et du rôle de chacun. Par exemple, quelle est la relation hiérarchique entre un médecin et un psychologue à l'hôpital ? Je constate

que l'avis des professionnels sur cette question est souvent faux. Nous devons impérativement changer ces attitudes et aboutir à une situation où le médecin et le psychologue ont la possibilité d'exercer leurs métiers en complémentarité, dans le respect de la législation en vigueur et des règles déontologiques de chacun.

Quelle est la place aujourd'hui du psychologue à l'hôpital ? Et en libéral ?

Le ou la psychologue fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire hospitalière. Si nous nous référons aux différents points que nous avons évoqués ci-dessus, la place et la fonction du psychologue est assez claire. Ses actions peuvent concerner la démarche diagnostique, l'évaluation, la formulation d'hypothèse étiologique, le conseil auprès de l'équipe pluridisciplinaire dans son ensemble, et le soin du patient et de son entourage. Ce schéma n'est malheureusement pas toujours observé.



A titre d'exemples, pour certaines équipes, la fonction de psychologue se résume à celle d'un « testeur » dont nous attendons qu'il ou elle fournisse des rapports psychométriques qui seront intégrés dans le bilan médical. Or, les évaluations psychologiques ont pour fonction de tester des hypothèses psycho-comportementales en fonction de l'examen clinique réalisé par le psychologue,



en relation avec toutes les autres informations concernant le patient et fournies par le reste de l'équipe. Autrement dit, la fonction du psychologue n'est pas ici de fournir des résultats à des tests, mais d'étayer, avec ces résultats, les hypothèses que le psychologue formule au sujet des comportements du patient, à partir d'un constat clinique. Je pense que le rôle que l'institution et l'équipe pluridisciplinaire donne au psychologue n'est pas toujours adapté à sa profession. Nous posons ici, à nouveau, la question de l'image de la psychologie auprès des membres de l'équipe pluridisciplinaire et, surtout, de l'image que les psychologues donnent de leur profession au travers de leur attitude professionnelle.

En libéral, les missions du psychologue sont assez proches de celles du psychologue hospitalier. Comme pour les autres professions, la différence réside dans les conditions de travail où le psychologue doit travailler en réseau avec l'ensemble des professionnels de santé travaillant auprès du patient, dont le médecin généraliste.

De manière plus générale, quelle est la place du psychologue dans la société d'aujourd'hui ? Comment l'imaginez-vous évoluer ?

Lorsque je discute avec mes étudiants inscrits en première année de psychologie, je constate qu'ils ne savent pas très bien ce qu'est la psychologie et comment la situer par rapport à la philosophie ou la médecine.

Leur surprise est parfois grande lorsqu'ils découvrent notre objet d'étude (des processus mentaux) et notre objectif qui est d'appliquer les méthodes scientifiques pour les étudier et ainsi fournir des outils de pratiques professionnels. Je pense que leur attitude est symptomatique de l'image de la psychologie dans la société. Les médias eux-mêmes reflètent cette mauvaise identification de la psychologie et des fonctions « psys » dans leur ensemble. Pourquoi interviewer un psychiatre, un psychologue ou un psychanalyste pour avoir un avis sur telle ou telle question ? Les justifications manquent souvent de fondements scientifiques. L'image de la « foi » reste également associée à la psychologie et aux « psys » ce qui entrave l'identification de tous les apports de la psychologie. Nous avons donc un important travail à faire sur notre image et de communication.

Concernant l'intégration professionnelle de la psychologie, les entreprises et les institutions commencent à

bien identifier la place du psychologue et ses apports. Par exemple, des entreprises vont chercher des psychologues, notamment à l'université, pour appliquer leur savoir et savoir-faire afin de développer de l'innovation concernant, notamment, l'ergonomie, l'apprentissage à distance...

D'un point de vue plus personnel, si vous êtes d'accord, qu'est-ce qui vous a poussé à devenir psychologue ?

Le métier que vous exercez aujourd'hui est-il en accord avec celui que vous imaginiez il y a quelques années ?

Comme beaucoup de psychologues, au cours des quelques années précédant mon entrée à l'université, je me suis intéressé aux activités mentales par l'intermédiaire des travaux de Freud sur le rêve. Aujourd'hui, cet intérêt et ma curiosité sont toujours intacts, en revanche, ma conception de la psychologie a changé. Si j'étais initialement séduit par les métaphores que constituent certaines théories, leur validité scientifique est aujourd'hui au cœur de mon intérêt et mon travail de chercheur consiste à inventer de nouvelles méthodes permettant de remettre en question les modèles existants pour formuler des hypothèses alternatives plus exhaustives. En fait, je n'imaginai pas exercer la psychologie telle que je le fais aujourd'hui mais je me rends compte que ce que je fais est en accord avec qui je suis.

L'interne en psychiatrie, en formation donc, doit-il bénéficier selon vous d'une formation en psychologie ?

Si oui, de quel type ?

Je trouve surprenant que cette question se pose : comment envisager de former des professionnels devant soigner les troubles mentaux sans leur donner une formation sur les processus mentaux ? Plus globalement, je pense qu'une formation minimale en psychologie est nécessaire pour toute personne exerçant un métier reposant à la fois sur l'établissement d'une relation soignant/soigné et sur la prise en charge de la souffrance (physique ou psychologique). Canguilhem, dans son ouvrage « Le normal et le pathologique », pose très bien le problème en soulignant qu'au-delà de la maladie définie par le médecin, un patient a lui-même sa propre construction de sa maladie.



Comment mettre en exergue cette dernière, l'évaluer ? Comment expliquer sa construction ? Quels actes thérapeutiques permettent éventuellement de modifier cette représentation si elle est mal adaptée (je pense notamment à l'anosognosie) ?

Ces questions sont d'ordre psychologique et concerne tous les acteurs de santé.

Ne pas fournir une formation en psychologie reviendrait à reléguer au second plan ces questions, ou du moins à dénier l'importance de s'appuyer sur une démarche scientifique rigoureuse pour les traiter.

Je pense qu'une formation à la psychologie auprès des internes en psychiatrie devrait porter sur plusieurs points : 1) Sensibiliser les étudiants aux caractéristiques de l'approche psychologique et sa complémentarité avec d'autres approches telle que la physiologie, l'anatomie, la pharmacologie, 2) Exposer le panel des principales modélisations psychologiques des troubles mentaux. Par exemple, l'approche transactionnelle du stress est très opérante et très utile pour explorer dans quelle

mesure les symptômes résulteraient en partie d'une dynamique entre les ressources psychologiques, les processus psychologiques, et l'environnement. Cette approche permet alors de rechercher des cibles thérapeutiques au niveau psychologique. Une sensibilisation des médecins à ces approches leur permettrait d'envisager ces pistes explicatives et thérapeutiques et de solliciter les compétences des psychologues pour réfléchir ensemble à la validité de ces hypothèses et au projet thérapeutique du patient. Selon moi, l'objectif de cette formation est simplement de donner des clés utiles aux médecins pour gérer la relation soignant/soigné et de pouvoir envisager une lecture psychologique possible de la maladie. Finalement, cette formation serait peut-être un moyen de travailler sur la complémentarité psychologue / médecin en montrant aux uns et aux autres nos spécificités disciplinaires et nos complémentarités.

Propos recueillis par
Benjamin LAVIGNE



L'infirmier psy : le soin au quotidien

Didier Morisot



Didier Morisot est infirmier en Psychiatrie, et travaille en Saône-et-Loire. Il fait partie de la rédaction du site national infirmier.com, et est l'auteur du livre « Le Triste et sombre estomac de la couleuvre », publié en 2015 aux éditions Edilivre. Il a répondu avec enthousiasme à nos questions, encore merci à lui !

Quelle est la place de l'infirmier en psychiatrie aujourd'hui selon vous ?

Celui qui est en première ligne, immergé au quotidien dans le service. Il apporte donc un éclairage essentiel au médecin qui, lui, ne voit le patient qu'en pointillé. Apport d'autant plus important que la parole varie bien sûr en fonction de l'interlocuteur ; on ne dit pas la même chose à un infirmier, un médecin, un juge des libertés...

Autre endroit, le travail en milieu ouvert (CMP) place l'infirmier dans un environnement moins « sécurisé », car il s'aventure hors de l'Institution. Dans certains cas, il risque même de se retrouver perdu en rase campagne, obligé de prendre des initiatives sans avoir le recul nécessaire. Situation déstabilisante que des réunions de service mal conduites ne peuvent corriger, surtout lorsque la présence médicale est insuffisante et les délais de prises en charge trop longs.

Au sens large, sociétal, la place de l'infirmier en psychiatrie est méconnue et n'intéresse pas outre-mesure. Garder les fous est en effet une activité du même ordre que de soigner les vieux ; ces gens-là ne font plus partie du monde des vivants et leur prise en charge indiffère. En fait, en psychiatrie les agressions font partie des risques du métier. Illustration : si un prof est giflé par un parent d'élève, cela fait volontiers l'ouverture du JT de 20 h. Par contre, un infirmier poignardé rentre plus facilement dans la catégorie pertes et profits.

...bon, j'exagère un peu, mais pas tant que ça.

Comment ont évolué la formation et le travail des infirmiers en psychiatrie ?

Il y a bien sûr la révolution de 1992, cette formation unique qui (naïvement ?) voulait assimiler la psychiatrie à une discipline « normale », ce qu'elle n'arrive pas à être. Peut-être voulait-on ainsi effacer les souvenirs carcéraux d'antan ? Car l'évolution a bien sûr été spectaculaire, et après-guerre le secteur s'est professionnalisé à marche forcée ; l'évolution des mentalités, les connaissances médicales et pharmaceutiques, ainsi que la bonne santé de l'économie ont, pendant quelques années, donné tous les espoirs en termes de prise en charge de qualité et de progrès thérapeutiques.



J'ai quand même l'impression que cet âge d'or (qui aura au moins existé en rêve...) a culminé dans les années 70-80, porté par le bouillonnement sociétal de l'époque. Depuis, nous assistons à une lente érosion où la réflexion



s'appauvrit, les finances s'assèchent et où le monstre administratif, procédurier, est sorti de son antre...

L'heure est à présent au politiquement correct, aux statistiques brandies pour justifier son travail, aux traces écrites pour justifier son sérieux, tout cela dans une ambiance d'ouverture de parapluie, le nouveau sport national à la mode.

Pour un infirmier en psychiatrie, il est donc parfois difficile de se situer ; est-il là pour soigner, pour surveiller, pour remplir de jolis dossiers informatiques ? Un peu tout ça à la fois, sans doute. Cela dit, ce qui n'a pas trop évolué c'est le clivage à l'intérieur de l'hôpital, entre les professionnels eux-mêmes ; qu'on le veuille ou non, la cloison entre somatique et psychiatrie est toujours aussi étanche, source d'incompréhension (parfois) abyssale.

Quelles sont les évolutions à venir d'après vous ?

L'avenir dépend bien sûr des choix de société que nous ferons, ou que nous ne ferons d'ailleurs pas. Il est conditionné par nos priorités budgétaires, notre individualisme, nos exigences sécuritaires, l'attitude de nos politiques tentés par la démagogie. Il dépend aussi de la cohésion des professionnels, de notre conscience citoyenne...

Quant à savoir ce qui se passera à moyen terme, faisons le pari suivant :

- L'hôpital psychiatrique reste une citadelle ignorée par les pouvoirs publics qui raisonne en termes de résultat et d'efficacité. Et bien sûr d'économies. C'est donc mission impossible ; le malaise perdure dans les établissements qui doivent tout à la fois réduire les durées d'hospitalisation et protéger la société en gardant sous contrôle les patients potentiellement dangereux. Et toc. Si vous ignorez ce qu'était une injonction paradoxale, en voilà une belle.
- Les pathologies les moins lourdes sont prises en charge par un secteur low-cost en plein boom. Les cliniques privées réussissent le tour de force d'enrichir leurs actionnaires tout en faisant faire des économies à la Sécurité Sociale. Elle est pas belle, la vie ?
- Rien n'est fait pour lutter contre la pénurie médicale qui persiste dans beaucoup d'endroits, et le psychiatre libéral partage le sort de la gallinette cendrée et du tigre de Sibérie, espèces en petite forme

démographique. Un classique du genre : la rareté de l'offre réduit la demande de soins et fait du bien aux finances publiques. En tout cas, c'est le but visé.

- La psychiatrie redevenant en partie une terre en friche, les petits malins opportunistes continuent de gagner des parts de marché, offrant des prises en charge alternatives très tendance (coaching, développement personnel...) Plus embêtant, des gros malins proposent des solutions violentes et sectaires beaucoup plus radicales. Mais très tendance, également.



Quelle est votre vision des liens entre les équipes paramédicales et les équipes médicales actuellement ? Y a-t-il selon vous dans ce domaine un rôle particulier et/ou une position à part de l'interne ?

Cela dépend beaucoup de la personnalité des médecins, du chef de service, qui donne le ton général, mettant en avant une forme de pratique à laquelle le personnel est prié d'adhérer.

La composition de l'équipe se fait donc naturellement, les plus gênés demandant volontiers leur mutation ailleurs. Cela dit, tout le monde est dans la même galère, ce qui oblige à un minimum de cohérence. Il est donc difficile d'avoir des ressentiments trop négatifs de part et d'autre, et si la critique envers le corps médical est très fréquente, un minimum de respect est (presque) toujours présent.



Ce qui n'exclut pas certains rapports de force, adoucis par la médiation du cadre infirmier jouant au casque bleu, et servant accessoirement de bouc émissaire. Le rôle du cadre - ou de la cadre - est d'ailleurs essentiel ; c'est un interlocuteur privilégié avec lequel le chef de service forme volontiers un couple (symbolique) très uni.

La place de l'interne, éphémère par définition, est bien sûr particulière. Elle peut beaucoup varier en fonction de l'attitude du chef de service, des rapports plus ou moins chaleureux que celui-ci entretient lui-même avec son équipe, et de la composition de l'équipe proprement dite. Il y a souvent moins de distance entre les gens qu'en service somatique, et pour peu que l'intéressé soit un minimum extraverti, l'ambiance peut aller du copinage au maternage, selon l'âge des uns et des autres.

L'interne est en effet un être en devenir, de passage, en recherche d'équilibre permanent. Il doit concilier son autorité médicale naissante avec son besoin et/ou son désir de proximité. Il bénéficie du savoir, ou du moins de l'expérience des infirmiers qui ont la pratique « du terrain », et il recherche donc une alliance subtile avec l'équipe, où l'affectif est volontiers présent et assumé de part et

d'autre. Cette relation peut d'ailleurs laisser un peu de nostalgie dans le cœur de certains médecins confrontés par la suite à une certaine solitude du pouvoir. Illustration, une phrase prononcée par un chef de service lors du départ d'un infirmier qu'il avait connu durant son internat : « C'est un peu la fin d'une époque, tu étais l'un des derniers infirmiers que je tutoyais encore... »

Je me trompe peut-être, mais il me semble que les médecins (qui, entre eux, oscillent entre rivalité et collégialité) nous envient parfois ce travail d'équipe où la chaleur humaine est, quand tout va bien, source de réconfort.

Pour finir sur une note plus personnelle, pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous avez choisi de vous spécialiser en psychiatrie ?

Pour donner du sens à ma pratique. J'ai en effet travaillé longtemps en médecine et aux urgences, lieux où le soignant a la tête dans le guidon. Peu à peu, j'en ai eu marre de courir tout le temps et de « soigner » sans réfléchir en mettant la maladie somatique sur le compte de la malchance ou de la fatalité. Ben voyons...

J'ai donc intégré un CMP, ce qui m'a tout à fait convenu pendant quelques années. Mais peu à peu, le monstre administratif évoqué plus haut m'a rattrapé, et j'ai été confronté aux lourdeurs et à l'incohérence institutionnelle. Exemple choisi, la construction d'un bâtiment pour faire un hôpital de jour, car des crédits avaient été débloqués. Youpi ! Mais hélas, la structure n'a jamais été ouverte, faute de présence médicale suffisante.

Gabegie, quand tu nous tiens...

Autre exemple, ces « camemberts » dont je parle sur infirmiers.com - rubrique « Amour, gloire et bétadine ». Il y a aussi ce jour où je me suis retrouvé au commissariat, la lampe dans les yeux, suite au suicide d'un patient dont le policier voulait me faire porter le chapeau. Avec le soutien inexistant de ma hiérarchie.

Bref, folie pour folie, j'ai demandé une nouvelle mutation en milieu fermé, dans un service d'hospitalisation sous contrainte. Où j'ai enfin trouvé une super ambiance d'équipe. Ouf...

Propos recueillis par
Camille QUENEAU



▶ Neurologie et psychiatrie : Je t'aime, moi non plus ?

La neurologie et la psychiatrie ont toujours évolué l'une aux côtés de l'autre. Parfois sous la forme d'un couple uni, lorsqu'elles étaient une seule et même discipline, la neuropsychiatrie. Parfois sous la forme d'un couple divorcé, lorsque neurologues et psychiatres se renvoient tel ou tel patient présentant un tableau délirant lié à une encéphalopathie quelconque.

Où on est-on aujourd'hui ? Et quel avenir semble se dessiner pour ces deux amants ?

Jean-Arthur Micoulaud-Franchi



Pour répondre à ces questions, nous sommes allés à la rencontre de Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Assistant Hospitalo-Universitaire (AHU) au CHU de Bordeaux. Possédant un parcours atypique, le Docteur Micoulaud-Franchi est psychiatre (ancien Chef de Clinique Assistant au CHU de Marseille), il a passé une certaine partie de son temps à lire et à interpréter des EEG et des potentiels évoqués, et à consulter en épiléptologie. Il exerce actuellement dans le service d'explorations fonctionnelles du système nerveux, plus particulièrement dans la Clinique du Sommeil du Pr Philip, où il interprète notamment les examens de polysomnographie et de mesure objective de la vigilance. Il est également membre fondateur et trésorier de l'Association pour l'Enseignement de la Séméiologie en Psychiatrie (AESP), et a communiqué à plusieurs reprises sur l'importance d'une séméiologie utilisant un vocabulaire consensuel, cohérent et harmonisé dans l'ensemble de l'enseignement de la psychiatrie aux étudiants. Il est très investi dans ce domaine avec des projets d'enseignement utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Il a accepté de répondre à nos questions avec un grand enthousiasme. Merci à lui !

Comment ont évolué les liens entre neurologie et psychiatrie ces quarante dernières années ?

Un rapprochement indéniable est apparu au point qu'il est évoqué le retour de la neuropsychiatrie, terme qui ne correspond cependant pas tout à fait au processus de rapprochement qui se met en place comme nous allons l'évoquer ensuite.

La standardisation de nos approches en psychiatrie, un langage commun, une nosographie établie consensuelle et une approche sémiologique cohérente ont permis de rendre notre discipline médicale audible pour la neurologie.

En parallèle la neurologie a complexifié son approche, qui est de moins en moins basée sur une approche purement lésionnelle, pour adopter une vision plus fonctionnelle, permettant de formuler des modèles physiopathologiques dans lesquels s'enrichissent mutuellement neurologie et psychiatrie.

Enfin la neurologie a constaté la forte comorbidité psychiatrique chez les patients souffrant de maladie neurologique, association plus importante que dans d'autres maladies chroniques, du fait un substrat physiopathologique commun : le cerveau !

L'ensemble de ces éléments a rendu inévitable le rapprochement de nos disciplines !



Quels sont aujourd'hui les liens qu'entretiennent ces deux spécialités ?

Les ponts sont nombreux, mais on les retrouve notamment dans deux domaines majeurs :

- ▶ Dans le champs de l'**épileptologie**, où les neurologues on constaté :
 - ▶ Que la dépression était un facteur pronostic majeur des épilepsies, et des traitements, notamment des traitements chirurgicaux.
 - ▶ Que la dépression pouvait précéder l'apparition d'une épilepsie, et que l'épilepsie pouvait déclencher des syndromes dépressifs.
 - ▶ Que les troubles somatoformes, de type crises non épileptique psychogène (CNEP), étaient fréquemment associés aux épilepsies.

Ces trois points offrent une place de choix pour les psychiatres dans des services de neurologie dédiés à l'épilepsie.

- ▶ Dans le champs de la **médecine du sommeil**, où les psychiatres prennent une place de plus en plus importante, du fait :
 - ▶ De l'impact des altérations du sommeil sur les comportements, les affects et la cognition.
 - ▶ Des comorbidités psychiatriques très grandes associées aux troubles du sommeil, et inversement.
 - ▶ De la place centrale dans la pathophysiologie de nombreux troubles psychiatriques que tiennent les altérations du sommeil et la régulation de l'éveil.

Comment les voyez-vous évoluer dans les prochaines années ?

Allons-nous revenir vers la neuropsychiatrie, comme vous le disiez ? Ou au contraire chacune des deux spécialités va poursuivre son autonomisation ?

L'idée n'est pas de *neurologiser* la psychiatrie, mais de permettre un enrichissement commun des disciplines.

À la psychiatrie, la neurologie pourrait apporter un modèle d'approche physiopathologique cohérent, basé sur le fonctionnement cérébral, détaché des conceptions psychanalytiques. Mais à la condition que les psychiatres ne mettent pas de côté leur spécificité et l'histoire de cette discipline.

À la neurologie la psychiatrie suggère une approche non purement lésionnelle, attentive au vécu cognitif et affectif des patients, pas seulement pour un simple « supplément d'âme », mais pour une efficacité accrue des prises en charges et une compréhension améliorée des maladies neurologiques et des parcours des patients avec leurs maladie.



Le rapprochement de la neurologie et de la psychiatrie permettrait de créer des prises en charge intégratives biopsychosociales efficaces fondées sur des conceptions psychophysiologiques du fonctionnement cérébral innovant. Par ailleurs, le rapprochement entre les deux spécialités permettrait de se pencher de nouveau sur un champ de la pathologie passionnant et inscrit dans l'histoire de la psychiatrie : « l'hystérie » !

Vous faites des EEG, des potentiels évoqués, de la polysomnographie... Êtes-vous un neurologue ? Un psychiatre ? Les deux ? Aucun ? Comment décrivez-vous votre cursus ?

D'une manière caricaturale, on pourrait dire que je ne suis jamais à ma place ! On me prend pour un neurophysiologiste quand je vais en psychiatrie et pour un psychiatre quand je suis en neurophysiologie !

Ce qui est certain c'est que je resterai un psychiatre aux yeux des non psychiatres ! Et les psychiatres ne comprennent pas forcément ce que peut amener la neurophysiologie à la psychiatrie ! Pour autant, je ne renierai pas ma discipline d'origine : je resterai psychiatre !

J'ai un parcours déviant d'une certaine façon, mais m'ayant permis un enrichissement et une flexibilité des approches. Je suis juste formé à la neurophysiologie et à la médecine du sommeil.



Il s'agit de spécialités transversales, il n'y a donc pas de raison que le fait de se former à la neurophysiologie ou à la médecine du sommeil en tant qu'interne de psychiatrie soit moins pertinent que de le faire en tant qu'interne de neurologie !

point de vue historique que conceptuel, mais également qui permette d'utiliser un langage séméiologique, nosographique et thérapeutique qui soit consensuel, cohérent et harmonisé, compréhensible par nous même et par nos collègues !

Quelle est la place aujourd'hui de la neurologie dans la formation des internes de psychiatrie ? Doit-elle évoluer, et si oui dans quelle direction selon vous ?

Oui, les filières de neurophysiologie et de médecine du sommeil doivent être plus largement ouvertes aux internes de psychiatrie, et l'accès aux services qui en proposent doit être favorisé pour ces internes.

Mais la base à toute discussion constructive avec la neurologie est d'avoir une formation psychiatrique qui permette d'assumer la spécificité de notre discipline, tant du

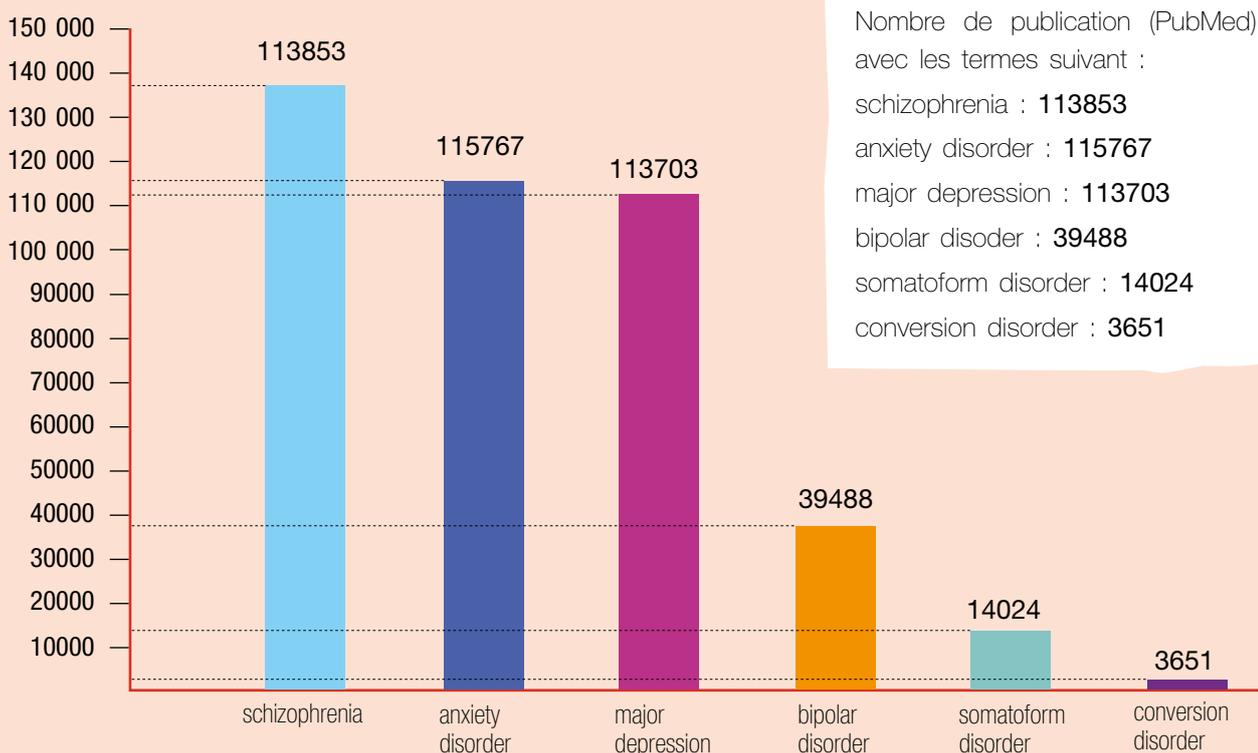


Propos recueillis par Benjamin LAVIGNE

Les ponts entre neurologie et psychiatrie : l'avenir de l'hystérie !

Ces dernières années, la psychiatrie avait complètement délaissé le champ des troubles somatoformes, de type conversif, et la plupart des auteurs qui s'y sont intéressés récemment sont des neurologues.

Ainsi, les nouvelles collaborations neuro-psychiatriques permettraient de s'intéresser à nouveau à des maladies psychiatriques qui n'étaient abordées presque exclusivement qu'avec des conceptions psychanalytiques. Les études réalisées bien souvent par les neurologues nous montrent en effet qu'il est possible de créer des modèles physiopathologiques pertinents et des stratégies innovantes de prise en charge efficace.



Nombre de publication (PubMed) avec les termes suivant :

- schizophrenia : 113853
- anxiety disorder : 115767
- major depression : 113703
- bipolar disorder : 39488
- somatoform disorder : 14024
- conversion disorder : 3651



▶ Psychiatrie 2.0 : un besoin urgent de formation

Olivier Andlauer



Si les traitements pharmacologiques n'ont guère fait de progrès depuis les années 1990, des innovations majeures en psychiatrie ont néanmoins eu lieu dans au moins un autre domaine.

Le développement d'internet, qui a conduit à son omniprésence dans notre vie quotidienne, a modifié la manière de travailler de la plupart d'entre nous, pour le meilleur mais aussi parfois pour le pire.

Exponentiels emails

L'utilisation des emails conduit à une plus grande efficacité des communications. Cependant, cela n'est le cas que si le nombre d'emails par jour reste dans une limite raisonnable. Le peu d'énergie requise pour cliquer sur « envoi » conduit à une inflation des mails groupés n'ayant qu'une faible valeur informative pour la plupart des destinataires. De plus, cette simplicité avec laquelle il est possible de partager des informations sensibles amplifie les risques de rupture de confidentialité. Cela est d'autant plus le cas avec la possibilité d'accéder à son compte email professionnel depuis un smartphone, potentiellement dans un lieu public. Par ailleurs, il est aisé pour les patients de trouver l'adresse email professionnelle de leur psychiatre si celui-ci travaille dans un établissement de santé, car elle le plus souvent construite sur un modèle « prénom.nom@nomdelétablissement.fr ». Cela peut conduire à des situations délicates et qui questionnent les limites de la relation médecin-patient.

Le dossier médical informatisé offre un service inégalable car beaucoup plus efficace, lisible, et partageable entre professionnels. Néanmoins, ici encore, les risques de rupture de confidentialité s'en trouvent démultipliés.

Réseaux sociaux

Les réseaux sociaux constituent un important moyen de communiquer des messages de prévention, de déstigmatisation,

et d'accès aux soins auprès de la population générale. Des expérimentations sur l'utilisation des réseaux sociaux à des fins « thérapeutiques » ont déjà eu lieu à grande échelle. Facebook a fait la une des journaux il y a quelques mois, en manipulant positivement le contenu émotionnel du fil d'actualité de certains utilisateurs pour voir si leurs publications s'en trouvaient modifiées (la réponse est oui : ils publiaient à leur tour des messages plus positifs). Un très récent essai randomisé contrôlé rapporte comment une plateforme internet collaborative (de pair à pair) peut être efficace dans la dépression.

Objets connectés

Enfin, les objets connectés (au premier rang desquels les smartphones), et le très à la mode « quantified-self » (le fait de mesurer soi-même de nombreux paramètres personnels physiologiques ou psychologiques) qui leur est associé, promettent de changer la donne dans le domaine de la santé mentale : monitoring de l'activité physique, des interactions, du sommeil, et bien plus, permettraient déjà de prédire le risque d'épisode maniaque chez les patients souffrant de trouble bipolaire.

L'avenir : la formation plutôt que l'évitement

S'il est facile de porter l'opprobre sur « les nouvelles technologies », peu de personnes utilisant un système



de dossier médical informatisé ou un compte email professionnel seraient prêtes à revenir en arrière. Certains tentent d'éviter leur utilisation, mais cet effort est voué à l'échec du fait de l'omniprésence de ces nouvelles technologies.

appropriée comporte des risques. Quelques thèmes de formation peuvent être proposés :

- ▶ Règles de confidentialité et de sécurité
- ▶ Questions éthiques posées par l'utilisation des nouvelles technologies
- ▶ L'« empreinte digitale », et comment la gérer
- ▶ Comment orienter les patients vers des sites d'information sérieux.

Les nouvelles technologies offrent donc sous un nouveau jour et de manière démultipliée des questions anciennes, qui se trouvent au cœur de la médecine, telle que la bonne distance dans la relation médecin-malade, ou les limites de la confidentialité. Il convient donc de trouver un équilibre entre rejet stérile et enthousiasme béat. Mais n'est-ce pas là ce que les psychiatres savent faire le mieux ? La formation, qui fait fortement défaut dans ce domaine, devrait être une priorité.



N'oublions pas que c'est le plus souvent l'erreur humaine qui est le principal risque. L'ensemble de ces évolutions gagnerait à être traité au cours de la formation initiale et continue des psychiatres. Comme tout nouvel outil, l'utilisation des nouvelles technologies sans une formation

Olivier ANDLAUER

Psychiatre à Londres

Chair Early Career Psychiatrists Committee à l'EPA



▶ La psychiatrie médico-légale pour tous !

Professeur en psychiatrie au CHU de Poitiers et professeur en psychiatrie criminelle et médico-légale, Jean-Louis SENON est également le responsable d'enseignement du DIU de psychiatrie criminelle et médico-légale dans l'inter-région de Poitiers, Tours et Angers. Il est réputé pour son engagement dans la défense de la psychiatrie légale, et nous avons voulu avoir son point de vue sur ce sujet passionnant.

Qu'est-ce qu'un psychiatre légiste aujourd'hui ?

Tout psychiatre doit avoir une formation légale précise. En psychiatrie légale, nous prenons en charge des patients qui commettent des passages à l'acte sur eux-mêmes ou leurs proches et qui posent la question de leur responsabilité dans leurs actes violents. Il en va de la responsabilité du psychiatre légiste de déterminer si cette hétéro-agressivité est le fait de la maladie mentale ou non. Le psychiatre légiste est responsable vis-à-vis du malade et de sa ou ses victimes. L'Inter-Syndicat National des Internes (ISNI) a d'ailleurs pointé la nécessité d'insister sur la formation des internes à la responsabilité du psychiatre.

Que sera le psychiatre légiste de demain ?

Nous avons fondé la psychiatrie de secteur publique française en 1960 sur l'idée de la continuité des soins, de la longitudinalité de la prise en charge, depuis le début de la maladie, en inter-critique et en phase critique. Actuellement, on ne se donne plus les moyens d'assurer ces prises en charge dans la continuité : Elles sont difficilement gérées par le secteur, qui rechigne à s'occuper des malades agités et très délirants car ils craignent de ne pas savoir le contenir. C'est un problème de formation et de continuité dans les soins entre les équipes d'admission et les équipes de suivi ambulatoire. Quand on transmet à l'équipe de suivi ambulatoire une image suffisamment précise de l'histoire clinique du patient, il ne peut pas y avoir de place pour la peur. C'est un problème de morcellement de la prise en charge.

L'inquiétude que j'ai, c'est de tous nous former. Tout junior devrait être formé en psychiatrie médico-légale et

criminelle. A fortiori quand on est amené à travailler en Unité pour Malades Difficiles (UMD), en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), en Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). Les missions se diversifient et montrent que l'intérêt est grandissant pour la psychiatrie légale. Le psychiatre légiste de demain est donc avant tout un médecin formé.



Pour légitimer cet enseignement, l'éthique, la déontologie et le rapport au Droit sont très importants. Pour donner des soins en psychiatrie, il faut être attentif à la réglementation. Plus que dans toutes les autres spécialités, tout psychiatre devrait recevoir un enseignement de Droit. Comme psychiatre, nous sommes certificateurs, c'est-à-dire rédacteurs de certificats.



En quoi la clinique actuelle de la psychiatrie légale a-t-elle changé par rapport à la clinique passée ?

Au niveau du cœur clinique de la psychiatrie (psychoses, troubles de l'humeur), les patients médicaux-légaux, du fait de leur maladie ou de consommations concomitantes, ont plus de risque d'être violents que d'autres patients. Mieux connaître la clinique sous l'angle médico-légal est indispensable. Les antécédents de trouble de la personnalité borderline à l'adolescence sont retrouvés plus fréquemment qu'avant chez les patients adultes. L'idée d'une maturation cérébrale défailante est avancée. La clinique du passage à l'acte chez les 12-30 ans est bien connue par les SMPR mais reste souvent méconnue dans les services de psychiatrie adulte. Cela s'explique par le fait que son activité reste très scindée de celle des services de psychiatrie de l'adolescent. La bonne maîtrise de la clinique adulte passe par une bonne maîtrise de la clinique adolescente.

Quelle est la place des internes en psychiatrie légale ?

Il avait été question que les internes fassent des expertises après le Diplôme d'Etudes Spécialisé (DES) et une

formation avant la fin de l'internat. Sur le principe, l'application est bonne mais c'est un petit peu tôt dans leur cursus. A Poitiers, nous avons 25-30 places en master de criminologie, 30 en master de psychologie criminelle, 25-30 en DIU d'expertise avec Tours et 25-30 en DIU de psychiatrie criminelle et médico-légale. Les critères de formation pour le DIU de psychiatrie criminelle et médico-légale sont la motivation et les projets de l'interne dans le futur (travail en UMD, UHSA ou en SMPR).

En conclusion, je dirais que je vois à Poitiers le très grand intérêt que les internes portent au médico-légal. Les internes de psychiatrie font un stage en médecine légale, certains font même un master en Droit. Je suis impressionné par la qualité des internes du SMPR de Poitiers-Vivonne (centre pénitentiaire) et les internes de psychiatrie de la génération actuelle. J'encourage donc le plus grand nombre à se former.

Propos recueillis par
Caroline WETZEL



▶ Les psychiatres, experts de l'expertise ?

Daniel Zagury



Psychiatre et médecin-chef au Centre psychiatrique du Bois-de-Bondy, en Seine-Saint-Denis et expert près la Cour d'Appel de Paris, le Docteur Daniel Zagury est, avec le Professeur Senon, le co-auteur de l'éditorial du numéro de l'Information Psychiatrique de novembre 2014 d'un article intitulé « L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive ».

Son expérience dans le domaine de l'expertise nous paraissait pertinente à questionner, alors que le Ministère de la Justice traverse actuellement une véritable crise, en ayant de plus en plus de difficultés à recruter des experts psychiatres.

Qu'est-ce qu'un expert psychiatre aujourd'hui ?

J'ai envie de partir d'une passion pour quelque chose qui est de l'ordre de l'illustration de notre profession et de notre savoir clinique qui est une continuité historique de génération en génération. Récemment j'ai été sollicité par la télévision suisse concernant un tueur en série suisse dont j'ignorais l'existence. En lisant l'expertise d'il y a 15 ans, j'ai eu une émotion car j'y ai retrouvé de façon explicite, en germe, tout ce que j'ai développé autour des tueurs en série (NdR : *L'énigme des tueurs en série* - 2008, Plon). J'ai ressenti une sorte de fierté d'appartenir à la même communauté et de servir la même passion, d'être défenseur de quelque chose que l'on retrouve historiquement dans la psychiatrie classique. Cette émotion je l'ai retrouvée en lisant une expertise de Laignel-Lavastine, qui était professeur à Sainte Anne. Il a examiné le Docteur Petiot qui, après la Seconde Guerre Mondiale, a été interpellé et guillotiné pour avoir fait disparaître un certain nombre de juifs. Cette expertise était vraiment étonnante de précision. Ces émotions esthétiques de connivence et de valeur, je les ai souvent ressenties en lisant des expertises, des contre-expertises. J'ai une passion pour ce type d'exercice mais c'est aussi la défense de notre profession et surtout celle de la clinique.

Cela m'amène à aborder la médiocrité de certaines expertises actuelles. La médiocrité existait avant, sans tomber dans l'idéalisation du passé. Soit l'examen clinique est bâclé, ou alors cela a été fait à la va-vite.

Ce qui me navre, c'est que l'évolution actuelle va plutôt vers la médiocrité. Je suis très gêné par rapport aux jeunes générations car j'ai envie de transmettre cette passion aux jeunes internes. Je constate que quand on emmène des internes aux Assises, ou en expertises, ils adorent ça. L'expertise est extrêmement formatrice. A l'époque, on écrivait pour les aînés, ils nous exploitaient un peu mais c'était extrêmement formateur. On faisait un examen clinique, ils révélaient ce que nous avions pressenti et que nous n'arrivions pas à formuler. Ils nous aidaient à sortir du jargon psychiatrique dans une dimension de pédagogie de la complexité. Je trouve ça extrêmement intéressant de faire connaître notre discipline à des gens en dehors de la psychiatrie. La dualité de l'activité expertale a été quasiment abandonnée.

Quelle est la place des internes dans la clinique expertale ?

Parfois, je me dis que ces pauvres internes, je les engage dans une voie où ils seront mal payés, persécutés par le fisc et les caisses libérales, mal reçus dans les prisons ! S'ils travaillent bien et longtemps, ils ne seront quasiment pas payés ! Je suis très gêné et en même temps l'expertise est trop importante pour lâcher la bataille. Je ne connais pas de stage plus formateur qu'une Unité pour Malades Difficiles (UMD) pour voir des cas extraordinaires, des situations très limites et parfois rares. C'est le seul endroit où ce qui est donné à voir est 100 % clinique, la part de social y est très secondaire. Il n'y a pas de malade en UMD qui ne présente ou n'a pas présenté un tableau clinique d'une extrême gravité.



En quel sens doit se faire la réforme du cadre de l'expertise psychiatrique ? Avec quels acteurs ?

Je préconise le tutorat pour les internes, les assistants, les médecins psychiatres. Il s'agirait d'un système qui faciliterait la transmission d'un système. Cela implique que le tuteur puisse participer à des expertises sans que l'on mette en doute le secret de l'instruction. Il faut trouver un système pour faire participer l'interne à la rédaction, à l'expertise et le laisser aller en prison. L'interne doit pouvoir s'appuyer sur l'expérience d'un senior. Pour l'instant, il faut bricoler. Je fais participer mes internes mais je suis répréhensible sur le plan légal. Je préconise de mettre fin à l'amalgame fait entre certificat et expertise. La garde à vue n'est pas un lieu d'expertise (cf l'audition publique allant en ce sens). La dérive consiste à répondre à trois questions. En faisant cela, vous ignorez le contexte, les victimes n'ont pas été entendues. Je pourrais donner une foule d'exemples risibles en ce sens.

Etre psychiatre, c'est savoir résister aux injonctions. On est contraint par la loi de faire l'expertise mais pas de répondre à des questions non déontologiques. Il s'est introduit un nivellement par le bas. Les certificats bâclés sont qualifiés d'expertises mais n'en sont pas, j'appelle ça l'expertise « fast-food ». Un interne qui a la vocation de se former, ou la curiosité de l'expertise, pourrait demander à un expert inscrit sur la liste de le former. Aller en prison, assister à ses expertises, poser des questions sur la rédaction et à toutes les étapes de l'expertise. Cela impliquerait que les internes soient « agréés » pour aller en prison avec le Docteur X ou Y. Dans le contexte actuel, c'est difficile à organiser, car il y a eu une fuite des cerveaux, une augmentation du nombre d'expertises et une raréfaction des experts ce qui amène à des expertises bâclées. Certaines régions sont démunies d'experts, et les magistrats nomment des véritables « mercenaires » régionaux. Il faut redorer le blason de l'expertise. Il faut faire moins d'expertise mais des expertises plus étoffées. L'Etat est de plus en plus pauvre et l'Etat paie un rapport médiocre ou un rapport intéressant. Le slogan du système serait « gagner moins pour travailler plus ». C'est quasiment aussi intéressant que le kolkhoze.

Et l'expert de demain ?

Jusqu'à présent, les expertises ont été essentiellement réalisées par les experts hospitaliers à une période où ils avaient beaucoup de temps et où il n'y avait pas la charge de travail actuelle. C'était une forme de tradition dans l'institution. Jusqu'aux années 50, tous les psychiatres estimaient qu'il était de leur devoir de faire des expertises. Après, il y a eu un certain mépris de l'expertise médico-légale. Il y a eu une cassure très nette entre un courant de la psychiatrie qui se recommandait de la psychanalyse et la psychiatrie classique. Ça n'était plus prestigieux. Quelques individualités ont continué à faire des expertises de façon respectable puis il y a eu ma génération.

L'expert de demain va-t-il permettre de faire émerger une expertise chez les jeunes curieux ? Encore faut-il leur donner la possibilité d'exploiter leurs attentes. L'expert de demain sera un psychiatre de son temps qui continuera le travail approfondi de situations cliniques complexes. A la fois pour donner à la société un avis compétent sur la conduite à tenir et d'autre part pour donner son avis sur la question de la responsabilité et du pronostic.

Pourquoi vous-êtes vous orienté vers l'expertise ?

Au départ, je ne voulais pas en faire pour des raisons idéologiques. J'étais jeune, j'avais lu Michel Foucault, j'étais très sensible à la critique anti-psychiatrique. Et puis, il y a eu deux choses. Il y a eu d'une part ma rencontre avec la prison, un peu par hasard j'ai fait des vacations à la Maison d'Arrêt de Bois d'Arcy, ma femme était Juge d'Instruction. L'autre raison est que j'avais besoin d'argent pour financer ma psychanalyse. J'ai vu des choses qui m'ont passionné en prison, j'ai vu des choses qui n'existent pas à l'hôpital. Il n'y a rien de plus formateur, rien qui ne vous ouvre plus la curiosité qu'un stage en UMD ou un stage en prison.

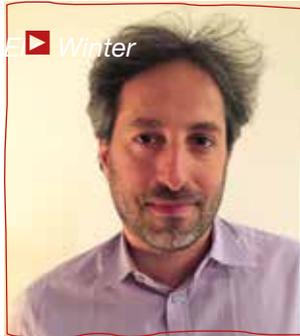
Propos recueillis par
Caroline WETZEL

Conseils de lecture :

- ▶ HAS, expertise psychiatrique pénale de 2007, différentes réformes (10 août 2007, 25 février 2008, 10 mars 2010, 14 mars 2011).
- ▶ Marchand J.-C., *Valentin et les délinquants*, Paris : Anne Carrière, 2014.
- ▶ Article de l'Information Psychiatrique de novembre 2014 avec le Pr Senon
- ▶ Meloy Reid, *Les psychopathes : essai de psychopathologie dynamique*, Paris : Frison-Roche, 2002.



▶ Psychiatre libéral : psychiatre libéré ?



Elie Winter commence son exercice libéral par des remplacements en clinique, puis très vite en cabinet de ville avant de s'installer à mi-temps à Paris en 2008, tout en gardant un mi-temps hospitalier.

Il s'investit par ailleurs au sein de différentes institutions de représentation de la profession, à commencer par l'AFPEP et l'EFPT, et participe aux Etats Généraux de la Psychiatrie de 2003 organisés par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP). Il intègre plus tard l'AFPEP-SNPP (Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé et Syndicat National des Psychiatres d'Exercice Privé).



En décembre 2008, en réaction au discours de Nicolas Sarkozy sur les schizophrènes dangereux, il participe au lancement du « collectif des 39 contre la Nuit Sécuritaire. »

Désormais Secrétaire Général de l'AFPEP-SNPP et de la FFP, et membre du CNPP (Collège National Professionnel de Psychiatrie), qui réunit depuis 2014 l'ensemble des composantes de la psychiatrie pour organiser le Développement Professionnel Continu, son activité actuelle est assez généraliste et il consacre une partie de son activité à la psychanalyse.

Nous sommes allés parler avec lui de la psychiatrie libérale !



Qu'est-ce qu'un psychiatre libéral aujourd'hui ?

C'est à mon sens le mode d'exercice le plus indépendant possible. Le psychiatre libéral crée au fur et à mesure un mode d'exercice qui le représente et qu'il doit assumer. Il ne peut jamais se plaindre des conditions de son exercice puisque c'est lui qui les fixe. Il ne se risque pas à confondre son contre-transfert avec ses problèmes institutionnels, à s'en prendre à son chef de service, son directeur d'hôpital, aux confrères des services voisins... Il doit tout assumer comme faisant partie de la relation transférentielle à laquelle il participe.

Il y a un co-engagement dans les soins entre le psychiatre libéral et le patient. Aucun des deux ne peut s'estimer « obligé » de voir l'autre.

C'est donc surtout un psychiatre libre... or un psychiatre est vite confronté à la part d'illusion que recèle le concept de « liberté ».

Et le psychiatre libéral de demain ?

Les conditions d'exercice évoluent. Les normes d'accessibilité aux personnes handicapées (à mobilité réduite notamment) vont inciter à créer des cabinets de groupe plutôt qu'un cabinet seul. Et surtout, ces normes qui imposent de retirer les tapis, les rallonges électriques au sol, ou encore de mesurer la luminosité, vont aboutir à des cabinets qui risquent d'être aseptisés, déshumanisés. L'image « d'aller voir un psy » en sera modifiée, mais nous ferons avec comme ça s'est déjà produit à l'hôpital. Qui y a encore son bureau aménagé à son goût ?

Le tiers payant généralisé (TPG) introduit par la loi de Santé votée actuellement au Parlement va profondément modifier le circuit de l'argent aussi. Ce ne sera plus le patient qui avancera les frais et qui se fera rembourser, mais le médecin qui se fera payer par la Sécurité Sociale et la mutuelle. Au-delà des difficultés administratives à prévoir, on peut surtout craindre l'augmentation d'influence des assurances complémentaires, qui obtiennent déjà de devenir obligatoires pour tous les salariés, qui obtiennent aussi de limiter les remboursements des compléments d'honoraires, et qui obtiennent surtout l'accès aux données de santé de la Sécurité Sociale. Que pourraient donc en faire ces assureurs privés ? Ils annoncent déjà vouloir adapter les cotisations des

adhérents au risque de chacun, et vouloir limiter les dépenses. Un système « à l'Américaine », avec un nombre limité de séances par an (comme le font déjà certaines mutuelles) est possible.

Mais le psychiatre libéral de demain sera surtout une denrée rare ! On vient de passer le pic démographique des psychiatres, on annonce que 40 % d'entre eux vont prendre leur retraite d'ici 7 ans. Et l'Ordre des Médecins annonce que la proportion des psychiatres restant qui auront une activité libérale (totale ou partielle) va diminuer.



Dans quelle mesure votre conception de la psychiatrie libérale a-t-elle évolué avec l'exercice de votre métier ?

C'est plutôt une confirmation qui va au-delà de mes espérances. La liberté permet vraiment de créer sans limite. On peut recréer des prises en charges proches du secteur, avec des infirmières à domicile, des hospitalisations de jour privées à but non lucratif, faire des visites à domicile, hospitaliser en clinique, orienter vers une thérapie familiale, comportementale ou psychanalytique selon ce qu'on ne fait pas soi-même. Il y a tout un réseau qu'on se crée sur mesure en fonction de nos centres d'intérêt et des demandes des patients. Il est beaucoup plus facile de modifier sa pratique et son réseau qu'en pratique institutionnelle où des conventions sont souvent nécessaires. La souplesse de la pratique est très appréciable.



Je suis aussi amené à assurer la supervision d'une équipe d'éducateurs pour adolescents qui font un travail formidable, et que j'ai l'impression d'aider, puisqu'ils renouvellent chaque année cet engagement.

Quelle est la place des internes de psychiatrie d'aujourd'hui et de ceux de demain ?

Aujourd'hui, les internes rencontrent la psychiatrie libérale lors des remplacements essentiellement. C'est une place très large qui leur est faite, qui permet de commencer à expérimenter sans avoir à rentabiliser son loyer, sans avoir à payer de cotisations sociales trop lourdes, bref une façon de commencer en douceur, en partenariat avec le psychiatre libéral remplacé qui peut proposer une sorte de supervision plus ou moins formalisée.

Demain, il est question de la possibilité d'un stage d'interne chez le praticien libéral, inspiré de ce qui se passe chez le généraliste. Plus qu'un stage plein temps, on pourrait penser à une journée par semaine par exemple en partenariat entre un psychiatre libéral et un service de secteur.

Les internes peuvent aussi participer à la recherche menée par les psychiatres libéraux, notamment les recherches qualitatives en cours de développement. L'AFPEP et la FFP coordonnent ou vont coordonner des études en ce sens, qui auront pour but de valoriser la réalité des pratiques, les talents des psychiatres pour « faire de la prose sans le savoir », ou encore « l'inertie clinique », par exemple pourquoi les « recommandations de bonnes pratiques » ne sont pas appliquées par les praticiens, qui n'ont pas forcément tort, comme le développe le Pr Reach.

Comment améliorer la vision qu'ont les internes du monde libéral ?

Depuis mon internat, j'ai toujours vu les hospitaliers se plaindre que les internes partent vers le privé, et les libéraux se plaindre que les internes restent à l'hôpital (les chiffres de l'Ordre des Médecins donnent plutôt raison aux craintes des libéraux). J'ai beaucoup vu aussi les psychanalystes déplorer que les internes ne s'intéressent qu'aux médicaments ou aux TCC... et les comportementalistes se plaindre que leur approche scientifique n'est pas assez suivie par les jeunes. Tout ça est faux,

l'internat est la période des découvertes, et il y a un chemin à suivre pour chacun. Ce qui est important, c'est que chacun se forme en ayant la possibilité de découvrir ce qu'il ne connaît pas, et d'approfondir ce qui le convainc le plus. Je ne crois pas à une quelconque forme de concurrence entre courants, idéologies, pratiques, modes d'exercice, je crois surtout que chacun crée pendant son internat l'outil qui l'aidera à façonner son futur. En premier semestre, on cherche à savoir prescrire les médicaments de base. Après l'internat, on se préoccupe plus des soins dans la durée, de la chronicité, de ces patients qu'on voit au CMP ou au cabinet libéral et qu'on verra pendant des années, et qui nous obligent à nous poser des questions psychopathologiques, à s'intéresser à la psychothérapie institutionnelle, etc.



Pour améliorer la formation initiale, il s'agit toujours d'équilibrer, pour chaque profil d'interne, entre l'accès à l'inconnu et le développement de ses centres d'intérêt, en n'oubliant pas que la formation initiale ne s'arrête, bien sûr, pas à la fin de l'internat.

Au lieu de ça, les réformes nous montrent souvent ce qu'il en est des effets de concurrence de tels ou tels. Les universitaires, les psychiatres de secteur, les « sur-spécialisés » (addictologie, gérontologie) veulent toujours rendre « obligatoires » plus de stages, la pédopsychiatrie a bien du mal à se défendre dans ce monde hostile au risque de disparaître, ou de se scinder de la psychiatrie adulte.

Améliorer, c'est tenir compte de la diversité des internes, et les intéresser à plus de choses, pas les contraindre.

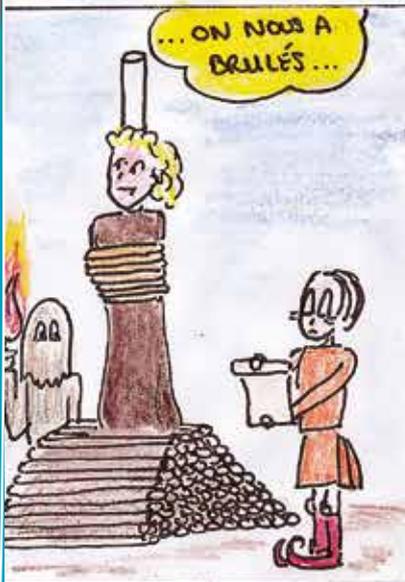
Propos recueillis par
Caroline WETZEL





NOUS LES FOUS,
AU DÉBUT DE
PENSE QU'ON A
ESSAYÉ DE NOUS
COMPRENDRE
...

... APRÈS ON EST
DEVENUS GÉNANTS...



... ON NOUS A
BRULÉS...



... ON NOUS A
ENFERMÉS...



ON NOUS A FAIT TRIMER...



... APRÈS, ON S'EST
ENFIN DÉCIDÉ À
NOUS ÉCOUTER...



ENFIN ÇA C'EST BIEN DE
PASSER L'ÉPISODE OÙ
ON A VOULU NOUS
EXTERMINER...



JE VOUS LA FAIS COURTE
MAIS EN RÉSUMÉ SA FAIT TOUT
JUSTE 50 ANS QUE VOUS
COMMENCEZ À FAIRE UN
TRUC CORRECT...



ET AVEC UN PASSÉ PAREIL VOUS
ME DEMANDEZ D'AVOIR CONFIANCE
EN L'AVENIR DE NOS UNS ?
PARFOIS DOCTEUR, LETTE DEMANDEE
SI VOUS ÊTES SÉRIeux...

C.F.

AGENDA DES CONGRÈS

📅 **113^{ème} Congrès de l'association du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (CPNLF)**

16-19 juin 2015 à Tours

<http://www.cpnlf.fr/>

Gratuité pour les internes adhérents à l'AFFEP, frais de participation de 22 €



📅 **31^{ème} Congrès de la Société de Psychogériatrie de Langue Française**

Du 2 au 4 septembre 2015 à Nice – Monaco

Tarif AFFEP : 50 €



📅 **7^{ème} Colloque de l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC)**

« **Remédiation cognitive et parcours de réhabilitation** »

Le 25 septembre 2015 à Amiens

Gratuit pour les internes adhérents à l'AFFEP



📅 **34^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique**

« **Borderline@état-limite** »

Du 30 septembre au 3 octobre 2015 à Saint-Malo

Gratuit pour les internes adhérents à la SIP



📅 **7^{ème} Congrès Français de Psychiatrie**

Du 25 au 28 novembre 2015 à Lille

<http://www.congresfrancaispsychiatrie.org>

85 € pour les internes adhérents à l'AFFEP



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



QUIS-
SUIS-JE ?

Saurez-vous retrouver les deux grands noms des sciences humaines réunis derrière ce visage unique ?

Pour vous aider à y voir plus clair, une série d'indices vous est réservée à la page suivante...



L'un...

Est né à Kiev en 1889, il entre à l'Ecole Impériale de Ballet de Saint-Pétersbourg dès l'âge de 11 ans et devient le protégé du critique d'art Serge de Diaghilev. Danseur Etoile des ballets russes, à la fois reconnu pour son talent et contesté pour son audace, il révolutionne l'art chorégraphique par son interprétation de *L'après-midi d'un faune* et du *Sacre du Printemps*. En 1916, au sommet de sa carrière et en pleine tournée des ballets russes aux Etats-Unis, les premiers signes de schizophrénie apparaissent et l'aggravation de son état imposera de consulter Bleuler à Zurich qui posa le diagnostic. Rapidement hospitalisé, il fut ensuite placé en sanatorium d'où il ne sortira que très peu jusqu'à sa mort en 1950. Surnommé « le dieu de la danse » et considéré comme l'un des pères de la danse moderne occidentale, il a inspiré les plus grand chorégraphes contemporains du monde entier.

L'autre...

Est née à Londres en 1882, son attrait pour la littérature lui fut transmis par son père qui était écrivain et éditeur. Mariée à un journaliste politique et écrivain dont elle porte le nom, ils créèrent à deux une maison d'édition, la Hogarth Press, grâce à laquelle elle publia la plupart de ses œuvres. Dans son dernier roman *Les Vagues*, elle délaisse l'intrigue chronologique et plonge le lecteur dans l'exploration intérieure de personnages au gré de leurs rêveries et de leurs émotions. En proie à des épisodes dépressifs et maniaques parfois délirants dès l'adolescence, elle est hospitalisée à de nombreuses reprises et se suicide en 1941. Elle est considérée comme l'une des plus grandes romancières du xx^e siècle et ses œuvres ont été intégrées à la bibliothèque de la Pléiade en 2012.

« La réponse : dans le prochain Psy Dech' »

La réponse du
précédent numéro



Rousseau



Voltaire



Marine Lardinois,
Vice-présidente AFFEP



Les Annonces de RECRUTEMENT



Le Centre de la Gabrielle - Mutualité Fonction Publique Action Santé Social, situé à Claye-Souilly (Nord Seine-et-Marne) accompagne 450 enfants, adolescents et adultes en situation de handicap mental dans 12 établissements et services.

Nous recherchons pour notre institut médico éducatif : 3 médecins psychiatres institutionnels (h/f) (8h/semaine)

Sous la responsabilité de la Directrice Générale du Centre de la Gabrielle, vous établissez un diagnostic et assurez la prise en charge psychiatrique d'enfants et adolescents en situation de handicap mental.

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, vous coordonnez le projet thérapeutique de l'usager enfants et adolescents accueillis et participez au travail institutionnel et clinique. Vous assurez la coordination des soins psychiatriques avec les correspondants hospitaliers et médecins de ville. Rémunération et avantages selon la Convention Collective 1951.

**Candidature à transmettre : MFPASS - Centre de La Gabrielle - Service des Ressources Humaines
6, rue de la Gabrielle - CS 30295 - 77414 Claye-Souilly Cedex
recrutement.lagabrielle@mypass.fr - www.centredelagabrielle.fr**



INSTITUT MEDICO-EDUCATIF Jean-Marc Itard

L'Institut Médico-Educatif Jean-Marc Itard RECRUTE A COMPTER DU 24/08/2015

UN MÉDECIN PSYCHIATRE

0,5 ETP - CDI - STATUT PH CONTRACTUEL

CADRE :

L'Institut Médico-Educatif accueille 40 enfants de 4 à 16 ans relevant de l'annexe 24 simple.

MISSIONS :

Dans le cadre du projet d'établissement et en relation avec le directeur :

- Collaborer avec l'ensemble de l'équipe à la prise en charge des enfants et à leur soutien psychique.

- Participer à l'élaboration des projets individualisés.
- Participer à la réflexion clinique en équipe pluridisciplinaire.
- Participer à l'actualisation du projet d'établissement.
- Mener un travail d'accompagnement auprès des familles.

PROFIL :

Orientation analytique et/ou expérience de psychothérapie institutionnelle souhaitée(s)

Candidatures et curriculum vitae à adresser à la direction dans les meilleurs délais : M. LADA Thierry – IME Jean Marc ITARD – 3 Avenue de Verdun - 93150 Le Blanc Mesnil



Vous êtes Médecin-Psychiatre ? Vous souhaitez rejoindre une institution engagée ? Vous souhaitez exercer votre talent dans une équipe pluridisciplinaire dynamique où vos confrères sont nombreux et coopèrent étroitement ?

L'Association de Prévention, Soins et Insertion - APSI - gérant sur le Val-de-Marne

28 établissements (350 salariés) dont 19 CMPP/BAPU et 2 CMP (170 salariés), budget de 18 M€, recrute :

- Pour son CMPP de Pantin : **Médecin directeur psychiatre (h/f) CDI - 0,5 ETP**
- Pour son CMPP-BAPU de Créteil : **Médecin psychiatre (h/f) CDI - 0,25 ETP**
- Pour son CMP de Boissy-Saint-Léger : **Médecin psychiatre (h/f) CDI - 0,41 ETP**

Jeunes médecins bienvenus

Politique d'attractivité : formation permanente - vie institutionnelle démocratique et riche en espaces de réflexion-action.

Conditions : Rémunération selon la CCNT du 15/03/1966.

Contact : Les candidatures sont à adresser par courrier ou e-mail à :

M. le Directeur Général Adjoint de l'Association de Prévention, Soins et Insertion - 1, rue de l'Yser - 94370 - Sucy-en-Brie
m.tambone@apsi.fr

Clinique du Grésivaudan à Grenoble (38)
CMP Jacques Arnaud à Bouffémont (95)
Clinique Jean Sarrailh à Aire-sur-l'Adour (40)
Clinique Dupré à Sceaux (92)
Clinique Georges Heuyer à Paris 13^{ème} (75)
Les Cadrans Solaires à Vence (06)
CMPA à Neufmoutiers (77)
Clinique des 4 cantons à Villeneuve d'Ascq (59)
CSE Pierre Daguet à Sablé-sur-Sarthe (72)

Recrute des médecins psychiatres en CDI temps plein et temps partiel

Aujourd'hui, la FSEF dispose de 1 700 lits et places, gère 12 établissements sanitaires (SSR, psychiatrie) et 10 structures médico-sociales répartis sur tout le territoire. Elle accueille chaque année près de 5 000 adolescents et jeunes adultes (12-25 ans) dans le cadre d'une vocation très spécifique, le soin-études. Au sein d'une même structure, il s'agit d'une prise en charge médicale assurée par des professionnels de santé, associée à une prise en charge pédagogique réalisée par des enseignants de l'éducation nationale dans des annexes de lycée public, permettant une « alliance thérapeutique » aux patients-élèves hospitalisés.

Rejoindre la Fondation Santé des Étudiants de France, c'est intégrer une équipe pluridisciplinaire dans un de ses services (service transdisciplinaire, unité post-aigüe, service double prise en charge somatique et psychiatrique, psychiatrie de liaison) dont l'objectif est de répondre aux besoins des adolescents et jeunes adultes.

Candidatures (CV et LM) à adresser à :

Mme la Directrice des Ressources Humaines - FSEF - 8, rue Emile Deutsch de la Meurthe - 75014 Paris ou recrut.medical@fsef.net - Site internet : www.fsef.net

LE CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER RECRUTE

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



PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN EN PSYCHIATRIE ET EN MEDECINE GENERALE



Le Centre Hospitalier Le Vinatier agrandit son service d'urgence et double sa capacité. Dans ce cadre, nous recrutons des praticiens hospitaliers temps plein en psychiatrie et en médecine générale.

Personne à contacter :

Mme le Docteur GILOUX - Responsable du Service UMA UHCD - natalie.giloux@ch-le-vinatier.fr - 04 37 91 54 91 - 04 37 91 54 90
Françoise LORCA - Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche - francoise.lorca@ch-le-vinatier.fr - 04 81 92 56 40

Merci d'adresser votre candidature à :

Madame Françoise LORCA - Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche
Centre Hospitalier le Vinatier - 95, Boulevard Pinel - BP 300 39 - 69 677 Bron Cedex

L'Association La Teppe, gère des établissements sanitaires et médico-sociaux. Implantée à Tain l'Hermitage (Drôme - à 45 mn au sud de Lyon et 15 mn de Valence), La Teppe recrute pour sa clinique psychothérapique :

1 médecin psychiatre (f/h) temps plein

Cette structure a une capacité de 50 places ; elle accueille exclusivement des femmes. Son territoire de recrutement couvre les départements de l'Ardèche, de la Drôme et de façon moindre l'Isère et la Loire.

Le titulaire du poste aura en sus de ses activités d'hospitalisation une activité de consultations externes.

Prise de fonction souhaitée : dernier trimestre 2015.

Rémunération : selon convention collective 1951.

Renseignements : Dr Véronique ROY - veronique.roy@teppe.org

Merci d'adresser vos candidatures (CV + lettre de motivation), à l'attention de M. le Directeur des Ressources Humaines - Etablissement Médical de La Teppe 26602 Tain l'Hermitage ou à l'adresse mail suivante : recrutement@teppe.org en précisant la référence suivante MPS-1503-RP



Le Centre Hospitalier de la Savoie

Etablissement de Santé Mentale assurant le service public hospitalier sur l'ensemble du département de la Savoie.

recrute pour ses Pôles Adulte et Pédopsychiatrie :

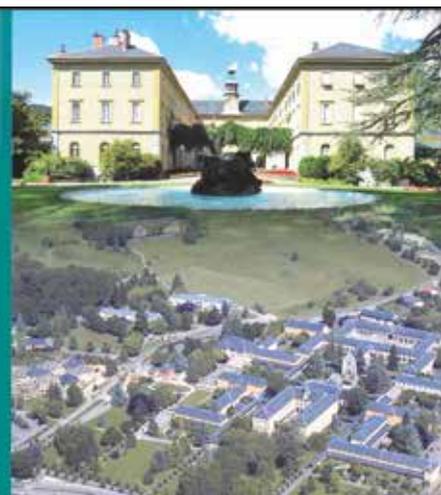
PSYCHIATRES (H/F)

Temps plein ou partiel

Envoyez votre CV et votre lettre de motivation à la Direction des Affaires Médicales :

BP 1126 - 73011 Chambéry Cedex ou par mail : dsm@chs-savoie.fr

Pour tous renseignements : 04 79 60 30 02 ou sur le site internet : <http://www.chs-savoie.fr/>



Situé dans l'agglomération d'Angoulême, en Poitou-Charentes, à 2h30 de Paris en TGV et non loin de Bordeaux, Poitiers ou Limoges, le Centre Hospitalier Camille Claudel, établissement public de santé mentale de la Charente, recrute des :



Psychiatres - Pédopsychiatres

Ayant le goût du travail en équipe et souhaitant s'investir dans certains projets transversaux de l'établissement. Le profil du poste sera arrêté selon les expériences, qualifications et envies du praticien.

Le recrutement peut se faire sous le statut de praticien contractuel (conditions de rémunération intéressantes), dans la perspective du concours de praticien hospitalier, des postes étant actuellement vacants.

Les candidatures (CV + lettre de motivation) doivent être adressées à l'attention de :

Monsieur Luc THIEL - Directeur du Centre Hospitalier Camille Claudel
Route de Bordeaux - CS 90025 - 16400 La Couronne

Pour toute demande d'information complémentaire, il est possible d'entrer en contact avec :

- Le Service des Affaires Médicales - affaires.medicales@ch-claudel.fr - 05 45 67 58 82
- Madame le Docteur Marie-José ROUSSEAU - Présidente de la CME
marie-jose.rousseau@ch-claudel.fr - 05 45 67 59 32

L'ASSOCIATION HOSPITALIERE DE FRANCHE-COMTE RECRUTE POUR SON CHS

Etablissement privé non lucratif - Certifié V2010 (de 800 lits et places installés) couvrant le département de la Haute-Saône (70), le pays de Montbéliard (25) et le Territoire de Belfort (90), composé de 11 secteurs et intersecteurs organisés en filières de soins sur un bassin de population de 510 000 habitants,

UN PSYCHIATRE

Pour occuper un poste de chef de service prochainement vacant en « psychiatrie générale et addictologie »

pour son bassin de l'Aire Urbaine - Site d'Héricourt sous le statut de praticien hospitalier en détachement (PH) ou sous le statut Convention Collective Nationale 1951 - FEHAP (CDI).

Du fait de notre statut ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif), le détachement au sein de notre établissement est possible à tout moment de l'année dès lors que 3 ans d'exercice en service public ont été effectués depuis la 1^{ère} nomination.

Poste à pourvoir au 1^{er} juillet 2015

Envoyer lettre + CV à :

CHS de Saint-Rémy et Nord Franche-Comté
Bureau des Affaires Médicales - 70160 SAINT-REMY
Tél. : 03 84 97 24 14 - Fax : 03 84 68 25 09
Mail : sylvie.lemarquis@ahfc.fr



www.ahfc.fr



Association  Hospitalière
de Franche-Comté



L'EPSM DES FLANDRES (BAILLEUL)
A sortie immédiate de l'autoroute A25 – Accès rapide à Lille



RECHERCHE DES PRATICIENS PSYCHIATRES

> POUR LE SECTEUR DE PSYCHIATRIE GENERALE 59 G 04

• Nouvelle unité d'hospitalisation (construction à Cappelle-la-Grande/Ouverture prévue en septembre 2015) : 42 lits + un Centre d'Accueil et d'Orientation • 2 CMP (Grande-Synthe et Gravelines) • Une unité de réhabilitation psychosociale à Gravelines.

Chef de Pôle : Dr A. HAMEK - 03 28 43 45 68

> POUR LE SECTEUR DE PSYCHIATRIE GENERALE 59 G 06

• Deux unités d'hospitalisation de 15 lits chacune à Bailleul.
• 2 CMP : « Camille Claudel » à Bailleul, « Le Cerisier » à Merville.
• Hôpital de Jour intersectoriel d'Hazebrouck.
• Appartements thérapeutiques intersectoriels en cours.

Chef de Pôle : Dr J.L. POURPOINT - 03 28 43 45 59

Vous pouvez également contacter le Bureau des Affaires Médicales - 03 28 43 46 00/47 96 - affairesmedicales@epsm-des-flandres.com
EPSM des Flandres - 790, route de Locre - BP 90139 - 59270 Bailleul

Le Centre Hospitalier
de Mont-de-Marsan
recrute un psychiatre
option psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent



Orientation psychodynamique souhaitable.
Poste à temps plein.

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan, c'est :

- 1 195 lits et places • 2 300 salariés dont 200 personnels médicaux.
- 7 pôles d'activité clinique • Un plateau technique complet et performant.

Travailler au centre hospitalier de Mont de Marsan, c'est aussi :

- Bénéficier de la qualité de vie dans Sud Ouest en général et en Aquitaine en particulier.
- Profiter de la proximité de la côte atlantique l'été et des stations des Pyrénées l'hiver.
- Bénéficier de la proximité de grandes villes comme Bordeaux ou Pau.
- Habiter à 3 heures de Paris (T.G.V.) tout en étant à 2 heures de l'Espagne.

Personnes à contacter :

Docteur Marque - Chef de pôle
bruno.marque@ch-mt-marsan.fr - 05 58 05 12 60

Madame BOUQUEREL - Directeur des affaires médicales
affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr - 05 58 05 10 20

Avenue Pierre de Coubertin - 40 024 Mont-de-Marsan cedex
www.ch-mt-marsan.fr

Le pôle de psychiatrie :

- Une équipe de 18 praticiens en psychiatrie adulte et de l'adolescent et de 5 praticiens en pédopsychiatrie.
- Un seul pôle clinique pour toutes les activités de psychiatrie.
- Une offre de soins complète et diversifiée :
 - › Pédopsychiatrie.
 - › Psychiatrie de l'adolescent.
 - › Gériopsychiatrie.
 - › Prise en charge de détenus en intrahospitalier.
 - › Unité de psychiatrie de liaison.
 - › Dynamisme du réseau territorial des structures sectorielles et intersectorielles.
 - › Hospitalisation complète non sectorisée.

Activités du poste

- Consultations thérapeutiques au C.M.P de Mont-de-Marsan.
- Responsabilité médicale du C.A.T.T.P Maison d'Oze

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



LE CENTRE HOSPITALIER GEORGES MAZURELLE DE LA ROCHE-SUR-YON RECRUTE

1 PSYCHIATRE A TEMPS PLEIN

Par mutation ou contrat
Inscription au conseil de l'ordre ou PAE exigée

Pôle Est de psychiatrie Infanto-Juvenile (Dr Lahoual - 02 51 09 72 83)

Etablissement Public de Santé Mentale de Vendée, le CH Georges Mazurelle comprend 5 pôles adultes, 3 pôles enfants, 1 pôle adolescents, 1 fédération de gériopsychiatrie ainsi qu'une maison d'accueil spécialisée.

Ses 1.400 agents et 76 médecins et internes accueillent les patients dans plus de 850 lits et places.

Un pôle d'explorations fonctionnelles et de soins somatiques vient en appui aux soins psychiatriques grâce à ses spécialistes en gynécologie, radiologie, cardiologie, neurologie, pneumologie et soins dentaires, notamment.

Idéalement situé entre Nantes, et son CHU, et La Rochelle et à 30 minutes de la Côte Atlantique, l'établissement bénéficie du climat océanique vendéen et de près de 1 900 heures d'ensoleillement annuelles.

Les candidatures avec CV sont à adresser à la DRH Affaires Médicales :
Route d'Aubigny - 85026 La Roche-sur-Yon
ou par mail à : damc@ch-mazurelle.fr - Tél. : 02 51 09 73 47



Vue d'un des bâtiments dédiés à l'hospitalisation adultes



ADAPEI Guyane Recrute

1 MEDECIN SPECIALISTE PEDOPSYCHIATRE POUR POLE AUTISME (IME, SESSAD, UEM)

Missions, rôles et fonctions :

- Rencontrer les familles avec leur enfant au moment de l'admission, évaluer l'état de santé de ce dernier, constituer un dossier médical comprenant les antécédents, les affections et traitements en cours.
- Effectuer un bilan pédopsychiatrique éventuellement et autant que nécessaire, demander des investigations médicales complémentaires.
- Assurer la liaison avec le médecin traitant, ajuster en accord avec lui les traitements médicamenteux qu'il pourrait prescrire et en assurer le cas échéant la surveillance sur le plan médical.
- Dépister et prévenir les troubles psychiques primaires, concomitants ou secondaires et assurer les prises en charge pédopsychiatriques.
- Etablir les certificats médicaux, rapports, ententes préalables, lien avec la MDPH, et autres documents nécessaires, en collaboration avec l'(es) autre(s) médecin(s) amené(s) à intervenir au sein de l'établissement.
- Favoriser la meilleure collaboration possible des familles et s'assurer de leur accord quant au projet thérapeutique.
- Soutenir les parents et la fratrie en fonction des besoins et de leur demande.
- Participer, en collaboration avec les membres de l'équipe, à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé des enfants et des adolescents accueillis conformément à l'annexe XXIV, art.9.
- Être l'interlocuteur médical de référence vis-à-vis des partenaires du secteur.

Divers :

- EMPLOI : médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.
- ETP : 0,40 ETP (soit 14h par semaine).
- SALAIRE : selon convention collective du 15 mars 1966, entre 2 000 € et 2 500 €.
- DIPLOME : diplôme de médecin spécialiste.

Adresser candidatures et CV à :
Monsieur Le Directeur ADAPEI Guyane
BP 727 - 97336 Cayenne Cedex
contact@adapei973.org

L'USSAP - ASSOCIATION AUDOISE SOCIALE ET MEDICALE recrute pour son service de psychiatrie infanto-juvénile dans l'Aude (Région Languedoc-Roussillon) :

MÉDECIN PÉDOPSYCHIATRE



L'Intersecteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile assure les missions de prévention, de diagnostic et de soins des troubles psycho-affectifs de l'enfant et de l'adolescent de 0 à 16 ans. Il est composé d'une unité départementale d'accueil et de soins pour adolescents de 10 lits, de 3 hôpitaux de jour et de 3 centres médico-psychologiques. Equipe médicale de 5 ETP.

Statut : CDI à temps complet – CCN 51 (FEHAP) ou Praticien Hospitalier.

Profil : Pédopsychiatre ou Psychiatre avec expérience auprès des enfants et/ou souhaitant se spécialiser.

Lettre de motivation + CV à transmettre à :
USSAP Direction Générale
Place du 22 septembre 11300 LIMOUX
direction@asm11.fr - Téléphone : 04 68 74 64 09



Recherchez-vous un nouveau défi professionnel ?

Dans le magnifique canton du Valais en Suisse, où sont pratiqués les sports d'hiver et d'été, vous pourrez réaliser ce défi.

L'Office Cantonal AI du Valais exploite à Sion un centre de compétences médicales de l'assurance-invalidité fédérale (AI). Le Service Médical Régional (SMR Rhône) travaille également en faveur de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger. Les médecins du SMR évaluent médicalement des demandes de prestations AI, renseignent les collaboratrices et collaborateurs de l'assurance-invalidité plus particulièrement sous l'angle de la réadaptation, effectuent des examens cliniques et mandatent des experts dans des cas particuliers.

Pour compléter notre équipe, nous cherchons des Spécialistes en psychiatrie

Nous souhaitons :

- Une expérience professionnelle de plusieurs années avec titre de spécialiste
- De l'intérêt pour le domaine des assurances et de la réadaptation
- De bonnes aptitudes à communiquer et travailler en team pluridisciplinaire
- Des connaissances des outils informatiques de base (MS Office)
- Des connaissances de la langue allemande seraient un atout.

Nous offrons :

- Une activité variée avec un challenge médico-social intéressant
- Un taux d'activité à convenir (50 – 100 %).
- Des conditions d'engagement intéressantes
- Une formation spécifique et continue.

Langue : française, avec connaissances de la langue allemande.

Entrée en fonction : tout de suite ou à convenir.

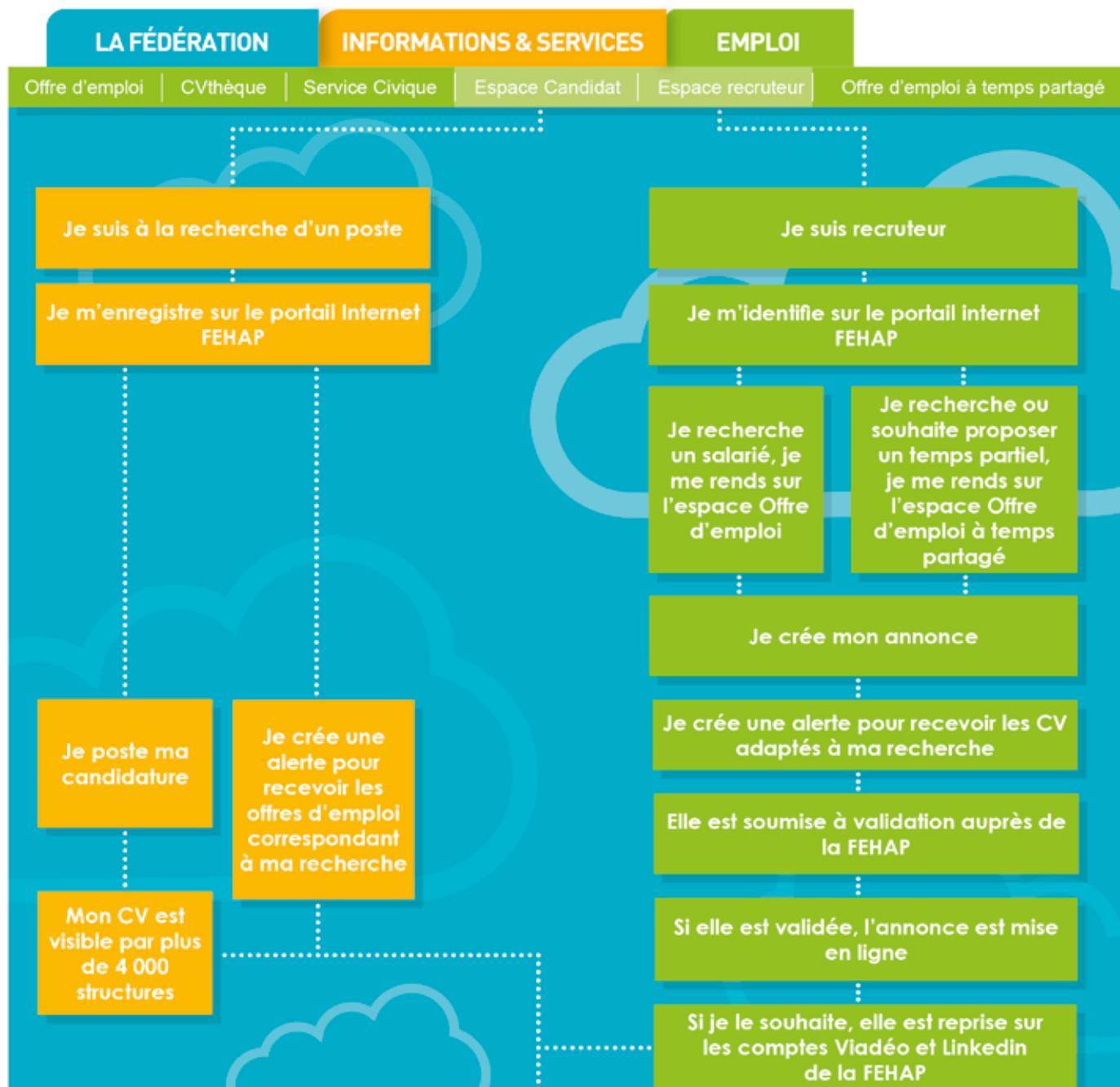
Renseignements auprès de Mme Catherine BAYARD-SPAHR - Responsable RH
Tél. : 0041 27 324 97 47 ou par mail : catherine.bayard-spahr@vs.oai.ch

Nous nous réjouissons de recevoir votre offre accompagnée des documents usuels (curriculum vitae, diplômes, certificats, etc) à l'Office Cantonal AI du Valais - Direction - Avenue de la Gare 15 - Case postale - CH - 1951 Sion - Suisse.



RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr



MATCHING !

Rejoignez
la communauté
des **Psychiatres**



Sur
Reseauprosante.fr

Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr