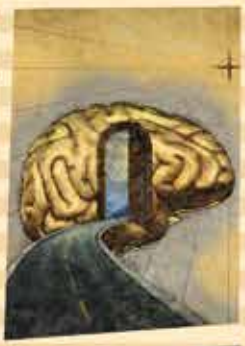
AFFEP

Le Psy Déchaîné

Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie | N°12 - Octobre 2014

Le Psy Déchaîné Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie | N°12-Octobre 2014



La Rentrée AFFEP !

SOMMAIRE

- **Edito** 01
- **Actualité** 02
  - 1ère Assemblée Générale des Référents AFFEP 14 juin 2014
  - Poster GT3C
  - L'AFFEP se modernise : Nouvelle procédure d'adhésion en ligne !!!
- **Késako ?!?** 08
  - Hypnothérapie : une approche singulière
- **Focus sur Angers** 12
  - AIPA ou comment gérer un internat bipolaire
- **Articles d'internes** 14
  - Pour une clinique analytique des réunions de synthèse
  - Biomythologie et psychiatrie scientifique
- **BD** 23
  - La vérité sort de la bouche des patients
- **Agenda des congrès** 24
- **Pour vous détendre** 26
  - Jeu : Qui suis-je ?
- Annonces de recrutement 29

MACSF

Présidente :
Bénédicte BARBOTIN, president.affep@yahoo.fr

Vice-présidente :
Marine LARDINOIS, vicepresident.affep@yahoo.fr

Secrétaire :
Alice VIGNES, secretariat.affep@yahoo.fr

Trésorière :
Gabrièle MUGNIER, tresorier.affep@yahoo.fr

Coordination nationale :
Benjamin LAVIGNE, coordination_nationale.affep@yahoo.fr

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

Délégués syndicats :
Alexis LEPETIT et Reda BOUKAKIOU,
coordination_syndicale.affep@yahoo.fr

Responsable communication :
Camille QUENEAU
communication.affep@yahoo.fr

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

ISSN : 2267-2206

Rédactrice en chef : Aurélie Berger-Vergiat

Rédacteurs en chef en formation : Camille Queneau et Benjamin Lavigne

Ont participé à ce journal :
Benjamin Lavigne, Marine Lardinois, Ludivine Nohales, Alexis Lepetit, Déborah Sebbane, Alexandra Colin, Gabrièle Mugnier, Guillaume Chabridon, Pauline Boudin, Rudy Ozelle, Manuel Rubio, Gauthier Le Quang et Claire Farina.

Bande dessinée : Claire Farina

1ère de couverture : Aurélie Berger-Vergiat

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

Bonjour à tous,

J'espère que vous avez bien profité de vos vacances car la rentrée affepienne va se montrer chargée !!!

Les élections du nouveau bureau de l'AFFEP ont eu lieu lors du CNIPsy à Lyon il y a quelques semaines et je souhaite personnellement un très bon mandat 2014-2015 à cette nouvelle équipe pleine d'enthousiasme.

Qui dit rentrée, dit aussi adhésion ! N'oubliez pas de renouveler votre adhésion à l'AFFEP pour l'année 2014-2015 pour continuer à bénéficier de tous vos avantages. Cette année, les modalités d'adhésion continuent de se moderniser et sont maintenant complètement informatisées, pour plus de détails reportez-vous à l'article sur le sujet dans ce numéro.

Enfin, la rédaction en chef de votre journal préféré est également en pleine mutation et accueille la nouvelle génération, représentée par Benjamin et Camille qui auront la lourde mais néanmoins passionnante tâche de perpétuer, et je l'espère d'améliorer, ce journal. Comme vous l'avez compris il s'agit donc de mon dernier numéro en tant que rédactrice en chef. Cette aventure a vraiment été superbe et j'espère que vous avez tous autant pris de plaisir à lire ces différents numéros que moi à les coordonner.

Place aux jeunes !!

Aurélie Berger-Vergiat
Vice-Présidente AFFEP
Rédactrice en Chef

1ère Assemblée Générale des Référents AFFEP
14 juin 2014

Le 14 juin dernier s'est déroulée dans les locaux de l'AFFEP à Paris, la première Assemblée Générale (AG) des Référents locaux de l'association.

Souhaitée depuis longtemps par tous, tant par les référents eux-mêmes que par les membres du bureau, cette journée avait plusieurs objectifs, dont nous allons ici résumer les principales conclusions. Inutile de préciser que l'AG s'est déroulée sous un ciel presque bleu (atmosphère parisienne oblige), et que malgré les grèves liées au conflit entre la SCNF et le gouvernement et autres jambes cassées qui ont empêché certains d'être présents, 19 des 28 référents ont répondu à l'appel de ce 14 juin.

1. Présentation du bureau de l'AFFEP

La journée a commencé autour d'un café et de viennoiseries (merci Gabrièle Mugnier), par la présentation des différents membres du bureau de l'association. En effet, la question se posait parmi nous de savoir si chaque fonction était correctement identifiée par tous, et si les référents savaient à qui s'adresser et pour quel problème. La présidente, Déborah Sebbane, et la vice-présidente, Aurélie Berger, semblaient connues de tous. La trésorière, Marine Lardinois, l'était également, puisque c'est elle qui avait en grande partie participé à l'organisation de cette journée et qu'elle bénéficiait de rapport privilégiés avec les référents, appels à cotisations oblige... La secrétaire, Alice Vignes, malheureusement absente le jour de l'AG a également été identifiée comme étant un interlocuteur privilégié, notamment concernant la gestion et la communication via la mailing-list (ML ; annonces de remplacement, de postes, de congrès ou d'organisations locales de journée, etc.). Les deux webmasters Malaïka Lasfar et Gabriele Mugnier, ont abordé des difficultés relatives à l'organisation de la communication via le Yahoo Groupe de l'association : difficultés d'adhésion à la ML, non réception des mails, réception de mails au contenu inapproprié (recherche de praticien, annonce de location/vente de logement…). Elles sont également revenues sur LA grande avancée de l'année, à savoir l'informatisation des adhésions individuelle et la gestion en ligne des adhésions via les associations locales. Encore largement perfectible, le système a cependant rencontré un vif succès notamment au moment des inscriptions aux congrès, et le bureau de l'association travaille dur pour rendre cet outil optimal à la rentrée 2014. Alexis Lepetit et Alexandra Colin, délégués en charge des relations avec les syndicats, ont effectué une brève et efficace présentation des différents syndicats avec lesquels l'AFFEP est en relation (l'ISNI pour ne citer que lui). Les deux délégués à l'European Federation of Psychatric Trainees (EFPT), Clara Feteanu et Adrien Pontarollo, ont ensuite attisé les rêves de voyages de tous en présentant les différents congrès européens, et en insistant sur les possibilités de mobilité au cours de l'internat. Enfin, Benjamin Lavigne, père de tous les référents, qui remplace en cours de mandat Clara Merchin à la Coordination Nationale, a conclu le tour de table en rappelant le désir fédératif ardent de l'AFFEP et l'immensité des possibles collaboratifs entre les villes dans une perspective jamais oubliée de dynamisation de l'internat.

2. Présentation des référents locaux

Une fois le tour de table du bureau terminé, chaque référent s'est présenté à tour de rôle. Etaient présents à l'AG Romain Pommier, référent pour Saint-Etienne ; Julie Bacher pour Nancy ; Charly Crespe pour Montpellier ; Julie Giustiniani pour Besançon ; Bénédicte Barbotin pour Paris ; Thomas Chassang pour Limoges ; William Vollmer pour Dijon ; Ryad Sadelli pour Grenoble ainsi que Mircea Radu qui découvrait l'AFFEP avant de proposer sa candidature comme délégué EFPT ; Clément Dondé pour Lyon, ainsi qu'Edouard Leaune, président du CNIPSY 2014 qui a eu lieu à Lyon les 25 et 26 septembre ; Olia Vatziou pour Brest ; Pauline Boudin pour Angers ; Maxime Trehout pour Caen ; Renan Duprez pour Rennes ; Cécile Calleja pour Strasbourg ; Hadi Abadie pour Reims ; Louise Carton pour Lille ; Juliette Salles pour Toulouse ; Muriel Boudigou pour Amiens, et Marine Lardinois pour Bordeaux.

3. Projets et groupes de travail 2013-2014

La matinée s'est poursuivie avec la présentation des principaux projets de l'association effectués au cours de l'année.

3.1. Refonte du système d'adhésion

Comme vous le savez, les adhésions sont une plaie annuelle, tant pour les référents que pour les trésoriers. Grâce au travail effectué par le groupe de travail dédié et en collaboration avec un webmaster expérimenté, nous avons mis en place un système d'adhésion individuel en ligne. Ainsi, pour la première fois, chaque interne qui souhaite adhérer individuellement à l'AFFEP a la possibilité de la faire en ligne via un paiement sécurisé et reçoit au décours son attestation d'adhésion personnalisée. Concernant le système d'adhésion via les associations locales, les chèques continueront à être envoyés par les référents au trésorier de l'AFFEP. Nous travaillons désormais à la création d'un compte individuel par adhérent, permettant la modification des données personnelles de chacun et la génération d'attestations d'adhésion à jour et à volonté par chaque interne quel que soit son mode l'adhésion à l'AFFEP. Bien entendu, le système venant de voir le jour, nous avons dû faire face à de nombreux dysfonctionnement qui seront corrigés à la rentrée 2014, la secrétaire et la trésorière ayant eu le plaisir de recevoir des dizaines de mails d'internes réclamant une attestation de toute urgence « parce que la dead line pour s'inscrire au congrès c'est demain ». Nous en profitons pour vous informer que chaque adhérent doit avoir une attestation valide pour l'année en cours, que si tel n'est pas le cas ils doivent passer par les référents pour en obtenir une auprès des membres du bureau compétant, et qu'elle est désormais indispensable pour obtenir le tarif réduit AFFEP aux évènements partenaires. Nous vous encourageons vivement à prendre les devants face à ce genre de demande car même si nous nous efforçons de faire au mieux et que nous avons une secrétaire des plus efficaces, il nous arrive de dormir avant minuit, et vous risquez donc de ne pas obtenir l'attestation à temps ! Enfin, n'hésitez pas à faire passer l'information suivante : l'attestation d'adhésion à l'AFFEP réclamée par les jeunes chefs qui passent le concours de PH ne rapporte malheureusement aucun point (suivez notre pensée…).

3.2. Psychiatrie de la Personne Âgée (PPA)

Suite au congrès de la Société de Psychogériatrie de Langue Française qui s'est tenu à Limoges en septembre 2013, un groupe de réflexion avait été créé autour de l'avenir de cette branche particulière de la psychiatrie qu'est celle dévolue à nos aînés. Quelques membres de l'association se sont réunis à plusieurs reprises au cours de l'année 2014 et sont parvenus à faire la synthèse de données françaises et européennes sur l'organisation de cours théoriques dédiés à la PPA durant l'internat, sur la possibilité de réaliser des stages spécifiques, et sur les différences de pratiques entre la France et l'Europe répondant aux brûlantes questions : un schizophrène vieilli doit-il être suivi par l'équipe qui l'a connu jeune, ou être transféré dans une équipe spécialisée ? Un dément jeune doit il être suivi avec des patients adultes, ou dans une structure cognitive ? Le travail de discussion autour de ce sujet a permis la rédaction d'un article à paraître, ainsi que la création de deux posters affichés au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (CPNLF) qui s'est tenu à Bordeaux en juin dernier. Le groupe de travail a finalement présenté ses conclusions au cours d'un symposium organisé par le congrès de la SPLF à Besançon, le 12 septembre. Pour autant, le travail continue, puisque le groupe de travail PPA s'est refondu dans le groupe de travail GT3C.

3.3. GT3C

Derrière cet acronyme barbare se cache le groupe de travail sur la réforme de l'internat et du post-internat « Groupe de travail pour la réforme du 3ème Cycle » ; inutile de vous dire que celui-ci a eu fort à faire cette année suite à la parution du projet de réforme par les Professeurs Couraud et Pruvot. Grâce aux Professeurs Pierre Thomas et Marie-Rose Moro, présidents du Collège National des Universitaires de Psychiatrie, l'AFFEP est désormais membre invité des Assemblées Générales et des Conseils d'Administration du CNUP, et participe donc de très près aux réflexions, notamment celles qui ont suivies la parution de ce rapport. Un article y sera d'ailleurs consacré dans un prochain numéro du Psy Déchaîné.

3.4. Enquête annuelle AFFEP

Cette année, l'enquête de l'AFFEP menée par Alexis Lepetit et Aurélie Berger a porté sur les relations des internes avec la notion de responsabilité professionnelle. Les premières tendances ont été exposées au cours de l'AG, et Alexis et Aurélie ont profité de cette occasion pour réexpliquer pourquoi ils harcelaient les internes avec des relances régulières sur la ML. Le résultat est sans aucun doute à la hauteur de la motivation de tous, puisqu'au total, ce sont plus de huit cents internes qui

ont participé au sondage : un grand MERCI à tous ! Les résultats seront discutés dans un symposium dédié au Congrès Français de Psychiatrie (CFP) 2014 à Nantes.

3.5. Forum AFFEP au CNIPSY

Cette année, l'AFFEP sera (encore plus) présente au CNIPsy de Lyon présidé par Edouard Leaune en vous accueillant dans un espace dédié avec cafés, goodies, et numéros du Psy Déchaîné gratuits ! Ceci nous permet de concrétiser et de confirmer une fois de plus notre soutien avec le Congrès National des Internes en Psychiatrie via un partenariat de longue date. A cette occasion et pour la première fois dans l'histoire de l'AFFEP et du CNIPsy, deux symposia seront présentés en collaboration par des membres du bureau et des invités extérieurs, l'un sur la mobilité des internes et l'autre sur l'enquête annuelle. En une courte phrase, résumons : le CNIPsy, on s'inscrit !

3.6. EFPT

L'EFPT propose plusieurs groupes de travail à ses pays membres et l'AFFEP pour la France, participe à quatre groupes de travail depuis un an : le groupe Exchange, qui permet à des internes européens de se rendre dans un hôpital étranger pour une durée de deux à quatre semaines ; le Research Group, avec le Brain Project ; le CAP group, qui cette année était dédié aux psychotropes ; enfin, le RPIP group, qui effectue un travail de fond sur la stigmatisation et la question de l'image de la psychiatrie et des psychiatres auprès des populations.

Suite à ces présentations, nous nous sommes attelés à la mise à jour de la charte des référents AFFEP, ce qui s'est fait rapidement et sans difficultés, étant tous unanimes sur les 5 points qu'elle comporte.

Il était grand temps de déjeuner ! Ceci nous a permit de faire connaissance les uns avec les autres, avant d'attaquer une après-midi toute aussi intense que la matinée qui venait de s'écouler. Les participants se sont répartis en cinq groupes, regroupant les internes de chaque inter-région et deux membre du bureau afin de développer et de discuter plus en détails des problématiques locales et mettre à jour les informations du livret AFFEP pour chaque ville.

Force est de constater que globalement, les problèmes sont les mêmes pour tous : difficultés de formation théorique, complications voire impossibilité de prendre les demi-journées de formation, peu voire absence de formation à la psychothérapie, manque de supervision, clivages théoriques, difficultés dans l'organisation des gardes, difficultés de communication avec les coordonnateurs locaux, difficulté de financement ou manque de dynamisme de certaines associations locales…

De la dernière heure de la journée, consacrée à résumer les conclusions de chaque groupe, est ressorti un problème supplémentaire commun à de nombres subdivisions : celui de la santé des internes, et notamment de la santé psychique, qui semble paradoxalement assez mal ou maladroitement prise en compte, et sources de nombreuses complications. Une question sur laquelle l'AFFEP souhaite se pencher… à suivre.

Ainsi s'est achevée la première Assemblée Générale des référents locaux de l'AFFEP. Nous nous sommes bien évidemment promis de nous revoir et nous donner régulièrement des nouvelles car, nous le rappelons à nouveau, les référents locaux sont les interlocuteurs privilégiés du bureau en particuliers grâce aux liens que nous souhaitons FORTS avec les Coordinateurs Nationaux. L'objectif est véritablement de permettre une communication de qualité entre les internes de chaque subdivision, leurs référents, et le bureau de l'AFFEP.

Par ailleurs, l'AFFEP reste présente pour aider les associations locales, que ce soit en promouvant les initiatives locales ou en s'associant aux représentants locaux des internes lorsqu'un problème en lien avec la formation se pose. Rappelons également que l'ISNI et ses représentants peuvent aussi être d'une grande aide lorsqu'il s'agit d'un problème de droit des internes.

La prochaine Assemblée Générale aura lieu comme chaque année au CNIPSY et nous y organiserons l'élection du nouveau bureau de l'AFFEP. La seconde se tiendra dès l'année prochaine entre mars et mai, et nous voudrions que cette rencontre biannuelle puisse nous rassembler comme elle l'a fait le 14 juin de façon pérenne et conviviale. N'oubliez pas que si vous êtes intéressés pour devenir référent ou membre du bureau de l'AFFEP, il suffit de prendre contact avec celui ou celle actuellement en poste pour obtenir conseils et informations. Avis aux amateurs !

Benjamin Lavigne et Marine Lardinois
Membres du bureau de l'AFFEP

Poster GT3C

Souhaits d'évolution pour l'internat et le post-internat de psychiatrie : Résultats d'une enquête nationale de l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie

NOHALES L.[1,2], LEPETIT A.[1,2], COLIN A.[1,3], SEBBANE D.[1,3]

1- AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie), 2 - Service de Psychiatrie Adultes Consultations/Liaison, Hospices Civils de Lyon, 3 - Pôle de Psychiatrie, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Hospices Civils de Lyon
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

INTRODUCTION

Les études de médecine sont actuellement organisées en deux premiers cycles de trois ans, concernant la formation générale puis la formation approfondie en sciences médicales (DFGSM et DFASM) aboutissant en sixième année à l'Examen Classant National. En fonction de son rang, l'étudiant en médecine choisit la spécialité et la subdivision dans laquelle il souhaite réaliser son troisième cycle, dit « internat ». Parmi ces spécialités, le DES de Psychiatrie s'effectue en quatre années, comme la majorité des diplômes d'études spécialisées (DES) de spécialités médicales. La formation est ainsi organisée sous forme de stages cliniques de six mois et d'une formation théorique (cours et séminaires).

L' internat et le post-internat (assistanat et clinicat) font cependant face à plusieurs problèmes. Ainsi, dans certaines spécialités, il existe une inadéquation forte entre le nombre d'internes en fin de cursus et le nombre de postes de post-internat disponibles et ce dans des spécialités comme la chirurgie où le post-internat est obligatoire pour la validation du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC).
En réponse à cette problématique, la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI) a été instituée en 2009 et son rapport final a été rendu en 2011.

Les propositions de la CNIPI ont été reprises en 2013 par le Groupe de Travail 3e Cycle (GT3C), institué par les ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, groupe de travail émanant de la CNIPI et de la Commission Nationale Pédagogique des Etudes de Santé (CNPES) et auquel a participé l'Inter-Syndicat National des Internes. Le GT3C a ainsi publié ses propositions synthétiques dans un rapport le 25 janvier 2014 (1).

L'AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie) assure la représentation des internes du DES de psychiatrie français au niveau national. Elle participe aux réflexions sur l'exercice et l'enseignement de la psychiatrie pendant l'internat. Au niveau local, l'association est présente dans chacune des 28 subdivisions d'internat françaises, y compris dans les départements d'outre-mer. Enfin, elle promeut la réflexion des internes sur les sujets propres à l'internat de psychiatrie, de la recherche à l'enseignement, au travers de différents groupes de travail.
Dans cette perspective d'une modification majeure et prochaine du 3e cycle des études médicales et afin de cerner au mieux les attentes des internes quant aux évolutions probables de la maquette du DES de psychiatrie et du post-internat, l'AFFEP, via un groupe de travail dédié à cette réforme, a conduit une enquête nationale.

METHODES

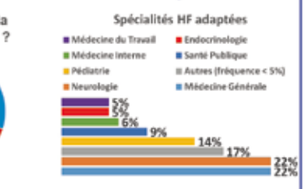
Le sondage a été conduit grâce au service Google Formulaire entre le 6 décembre 2013 et le 12 février 2014. Il a été soumis par courriel à l'intégralité des internes de psychiatrie français via les listes de diffusions courriel (nationale et locale) pour accroître le taux de réponse.

Les principales thématiques sondées étaient:

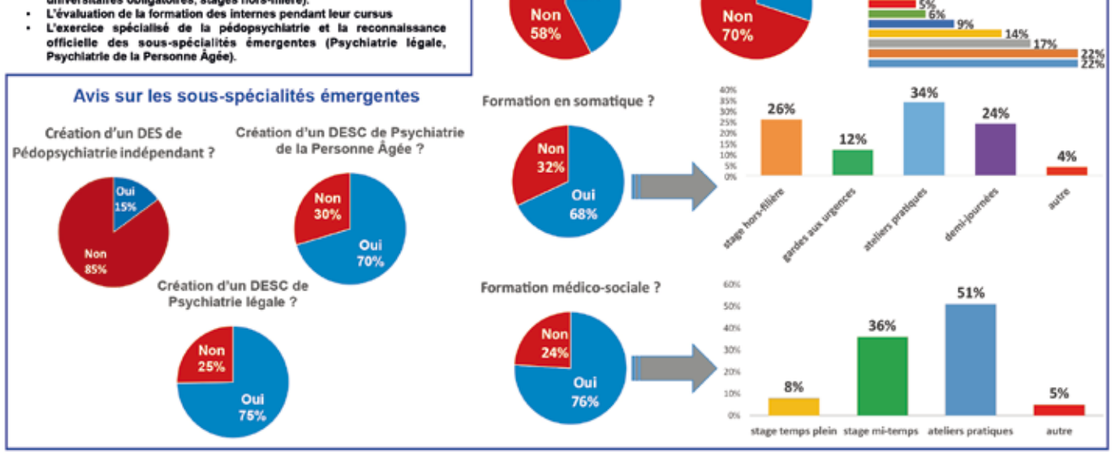
- les caractéristiques générales de la maquette du DES de psychiatrie et ses évolutions possibles (durée totale, nombre de stages universitaires obligatoires, stages hors-filière).
- L'évaluation de la formation des internes pendant leur cursus
- L'exercice spécialisé de la pédopsychiatrie et la reconnaissance officielle des sous-spécialités émergentes (Psychiatrie légale, Psychiatrie de la Personne Âgée).

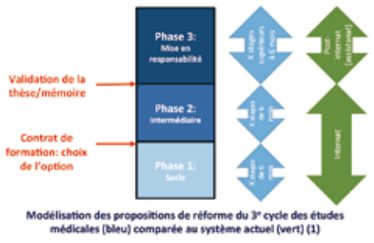
RESULTATS : Taux de réponse 70 % (n= 800)

Avis des internes sur la maquette générale du DES de Psychiatrie



Avis sur les sous-spécialités émergentes





Modélisation des propositions de réforme du 3e cycle des études médicales (bleu) comparée au système actuel (vert) (1)

DISCUSSION

Globalement, les internes de psychiatrie se montrent satisfaits de la maquette actuelle. En particulier, ils ne souhaitent pas un allongement de la durée de l'internat, ce qui correspond aux souhaits conjoints des Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche tels qu'ils sont rappelés dans le rapport du GT3C (1). Ce rapport émet comme principale proposition la réorganisation de l'internat avec l'intégration très probable dans le DES du post-internat, afin que les internes terminent leur cursus en étant totalement formés, sans recours systématique à une phase de formation post-graduée à l'issu du DES.
A la lumière de ces propositions, il convient de rappeler que 76% des internes de psychiatrie souhaitent accéder à un post-internat à l'issu de leur DES (2). L'intégration du post-internat comme phase 3 des nouveaux DES, et ce en restant à durée constante de 4 ans, interroge donc sur l'applicabilité d'une telle réforme au DES de psychiatrie vu les attentes des internes pour leur cursus pré et post-gradué.
De plus, concernant les évolutions à apporter à la maquette générale du DES de psychiatrie, les internes sont favorables à une accentuation de leur formation somatique et médico-sociale, notamment par la mise en place d'ateliers pratiques.
Enfin, cette étude met en avant une nécessité de reconnaissance de sous-spécialités émergentes (psychiatrie légale et psychiatrie de la personne âgée). Elle confirme également leur attachement au maintien de la pédopsychiatrie dans le DES de psychiatrie, sachant qu' environ un tiers des internes envisagent d'exercer (de manière exclusive ou mixte) cette sur-spécialité (2).

CONCLUSION

Les résultats de cette enquête nationale révèlent l'attachement des internes à l'organisation générale actuelle de la maquette du DES de Psychiatrie mais également leur souhait de voir reconnu officiellement les sous-spécialités émergentes de la psychiatrie. Ces résultats vont permettre de guider les réflexions communes de l'AFFEP avec le Collège National des Universitaires de Psychiatrie pour l'application de la réforme du 3e cycle au DES de psychiatrie.

Bibliographie
(1) Rapport GT3C : Pr Couraud, Pr Pruvot : Proposition pour une restructuration du troisième cycle des études médicales
(2) A. Bergen-Vergier, L. Chauvelin, A. Van Effenterre : Souhaits de pratique des internes de psychiatrie : résultats d'une enquête nationale

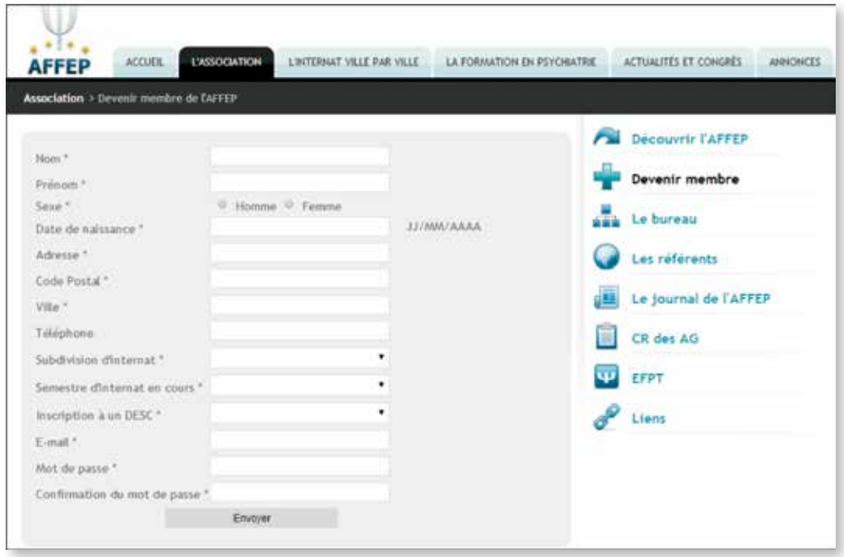
L'AFFEP se modernise : Nouvelle procédure d'adhésion en ligne !!!

La rentrée approche et, pour continuer de recevoir votre magazine préféré, il vous faudra bientôt renouveler votre adhésion. Désormais, cela aura lieu *online* !

Pour le début de la procédure, rien ne change : il vous suffit de vous inscrire auprès du référent AFFEP de votre ville en lui donnant vos noms, prénoms et adresse mail (valide !).

Un mail vous sera envoyé, confirmant votre pré-inscription. Il vous faudra finaliser votre inscription en cliquant sur le lien proposé, qui vous conduira au formulaire d'adhésion (illustré à côté), vous demandant quelques renseignements complémentaires.

Un mail vous confirmera votre inscription définitive, avec votre attestation en pièce jointe !



Si vous souhaitez adhérer de manière individuelle, dirigez-vous directement sur le site, en cliquant sur « Adhérer à l'association » sur la page d'accueil, puis **ici** !

Vous avez perdu votre attestation, ou vos coordonnées ont changé ? Aucun problème, connectez-vous à la rubrique « Mon compte » (sur la page d'accueil www.affep.fr) pour mettre à jour vos informations !

Bienvenue à l'AFFEP !

Hypnothérapie : Une approche singulière

De Franz Anton Mesmer, médecin allemand du 18ème siècle, à Messmer, hypnotiseur de spectacle québequois du 21ème, l'hypnose a toujours fasciné et véhiculé une magie toute particulière et surtout spectaculaire. Et pourtant, derrière ce fantasme, une efficacité bien réelle existe dans le champ médical et psychologique : de l'hypnosédation à des fins opératoires à l'hypnothérapie dans un but psychothérapique, les pratiques sont multiples et hétérogènes, mais sous-tendues par certains points communs.

Historique

Au 18ème siècle, Mesmer, médecin et magistrat, a développé le terme de magnétisme animal. Un fluide universel serait régulé après une crise convulsive déclenchée par l'apposition d'abord d'aimants puis plus tard de ses propres mains, et enfin par des dispositifs collectifs tel un baquet rempli d'eau, de verre, de fer… Des écoles de magnétisme se développèrent pour former des magnétiseurs. Face à ce phénomène curieux, l'Académie Royale de Médecine obtient de Louis XVI que deux commissions scientifiques étudient le phénomène (Lavoisier, Bailly). Ils conclurent que l'efficacité de la méthode venait du pouvoir de l'imagination et non du fluide universel.
Puis Amand de Puységur, disciple de Mesmer, a développé et enrichit ce concept de magnétisme animal. La crise et le contact physique ne sont plus nécessaires. Le pouvoir de guérison est désormais identifié comme appartenant au patient et non plus le magnétiseur : il parle de « médecin interne du patient ».
Au 19ème, James Braid, chirurgien écossais réfute le fluidisme et le magnétisme pour être le premier à développer le concept d'hypnotisme qu'il définit comme une perte de conscience associée à une amnésie au réveil. L'école de Nancy a ensuite été développée par Ambroise A. Liebaut et Hippolyte Bernheim en centrant l'approche sur les suggestions lors de cet état.
D'autres se sont intéressés à l'hypnose, de Pierre Janet à Jean-Martin Charcot en passant par Sigmund Freud qui ne l'a jamais vraiment abandonnée. Chacun développant sa théorie notamment sur la relation entre le patient et le thérapeute avec cette approche.

Mais nous ne pouvons pas parler d'hypnose sans évoquer Milton H. Erickson, psychiatre américain du 20ème siècle qui a permis un renouveau dans sa pratique. Son approche s'oriente vers une hypnose qui s'appuie sur les ressources du patient et qui est surtout moins directive par rapport aux pratiques qui ont cours jusque-là. L'approche est centrée sur le patient, l'hypnose étant un outil communicationnel pour mobiliser les processus psychiques internes du patient vers le changement. Erickson a marqué un nouveau tournant dans la pratique de l'hypnose, où ce processus est au service du patient, lui-même au centre de la prise en charge. Cette pratique est la plus répandue actuellement. Cette approche intéresse toujours psychiatres et psychologues qui l'étudient encore de nos jours en en élargissant les domaines de pratique.

Principe

Comme nous venons déjà de l'initier, l'hypnose regroupe deux dimensions. Un état, qualifié d'état hypnotique ou transe hypnotique, et une relation, qualifiée de rapport hypnotique. La pratique de l'hypnothérapie regroupe ces deux dimensions : une relation singulière au patient, plongé en état de conscience modifiée, pour gagner en flexibilité psychologique et rendre les processus de changement plus fluides.

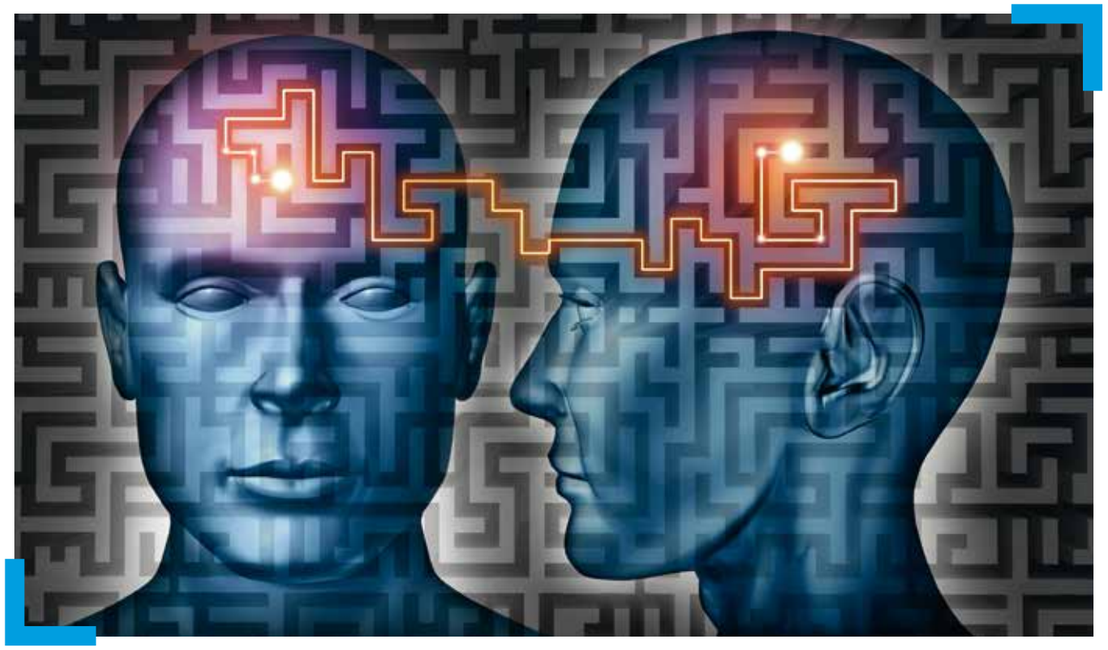
De manière plus précise, l'état hypnotique est un état de conscience naturel que le thérapeute induit lors d'une consultation. Cet état est appréhendé quotidiennement par tout le monde, à des moments où notre attention est absorbée par une pensée complexe ou une afférence stimulatrice externe et que nous ne sommes plus attentifs, de manière consciente, à notre environnement. D'un point de vue neuroscientifique, les circuits de la détente et de l'attention sont alors activés en même temps, et ses liens avec la resting state sont actuellement étudiés. Il ne s'agit pas de sommeil ni de veille, mais bien d'un état de conscience modifiée pendant lequel cinq caractéristiques cliniques sont présentes :

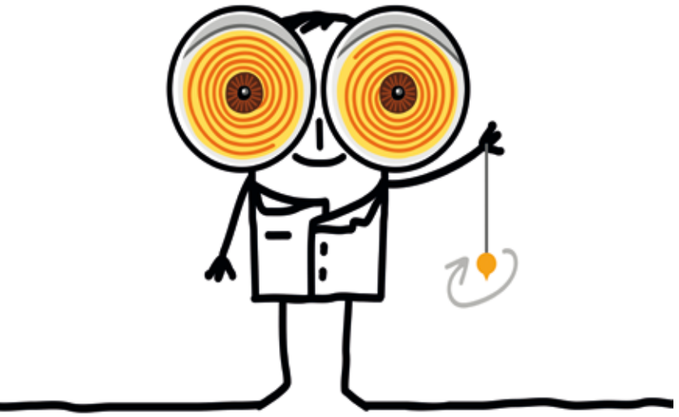
- L'absorption d'attention ;
- La sensation de détente mentale ;
- La baisse (et non la disparition) du jugement et de la censure ;
- La modification du rapport au temps et à l'espace ;
- Une expérience de réponse quasi automatique (impression du patient que ce qui se produit se passe sans son intervention propre). Pendant cet état, une dissociation psychique est présente, au sens de Pierre Janet.

Ces caractéristiques de l'état hypnotique induisent une augmentation de la suggestibilité, une logique proche du rêve (ou tout est permis) ainsi qu'une hyper-attention. Dans cet état, le patient vit la situation et ne fait pas seulement que l'imaginer. Ce qui a été confirmé par l'imagerie cérébrale qui montre une activation des aires corticales correspondantes aux types de suggestions pratiquées : visuelles, auditives…
Cet état est accessible à n'importe qui s'il le souhaite. Seul le non consentement à ce processus peut empêcher d'y accéder. La seule variable de l'hypnotisablité est l'âge, les enfants entrant plus facilement (dans le sens de rapidement) en hypnose que les adultes chez qui la phase d'induction devra donc être plus longue.

La pratique de l'hypnose, et particulièrement de l'hypnothérapie, associe à cet état une relation singulière, ce qui la distingue d'ailleurs d'une simple technique ou d'un simple outil. Depuis le 18ème siècle, de Puységur à Erickson, l'importance de cette mise en relation a été soulevée, jusqu'à en faire avec Freud notamment l'agent propre du changement thérapeutique. Il est important de noter que le cadre de pratique et l'approche communicationnelle et relationnelle, particulièrement dans le modèle Ericksonien, est en fait très largement inspiré des thérapies humaines telles que proposées par Carl Rogers : une prise en charge centrée sur le patient, qui s'adapte à lui et à son monde interne. Le thérapeute se synchronise au patient, s'ajuste à lui. Chacun trouve sa place : le patient une sécurité relationnelle et le praticien, une position pour mieux percevoir ce qui provient de l'autre. Un lien caractéristique, différent de celui des autres thérapies, où l'empathie s'installe comme processus majeur, car elle se trouve potentialisée par les états de conscience modifiée au cours des séances. Cette relation, bien qu'évidente cliniquement, reste aussi la plus difficile à étudier et à théoriser.

Ces deux dimensions - état et relation - permettent à l'hypnothérapie de trouver un intérêt pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques. L'état hypnotique, soutenu par une relation hypnotique singulière, permet au patient d'imaginer le changement, de le vivre, de le ressentir, de l'appréhender.





Analogies et métaphores

L'hypnose et en particulier l'hypnothérapie ne se conçoivent pas sans métaphores. Une image est bien plus souvent plus efficace qu'un long discours. Et quand cette image, par le principe d'analogie, est congruente au ressenti du patient, elle en est d'autant plus efficace sur le plan thérapeutique, car évite de se confronter aux résistances du patient

Ainsi un patient déprimé qui ressent de la lourdeur et un apragmatisme se verra moins déprimé après des séances d'hypnose où une mise en mouvement a été suggérée par l'intermédiaire d'une image (par exemple, un cours d'eau qui deviendrait progressivement une rivière au fur et à mesure de ses avancées et expériences nouvelles) et où un travail sur la lourdeur a été fait par l'intermédiaire d'image de légèreté, de vol dans les airs. L'hypnose, où tout est permis et possible, en travaillant sur le ressenti du patient (lourdeur, apragmatisme), permet de lui être congruent et de prendre en charge ses difficultés sans jamais aller à leur encontre.

Les suggestions sont, quant à elles, des propositions porteuses d'influence et plus explicites quant à leur objectif. « *À la troisième respiration vous ressentirez la façon dont cette légèreté peut naître dans telle ou telle partie de votre corps, et vous pouvez d'ailleurs être curieux de savoir quel endroit du corps va ressentir cette légèreté en premier* ». Il ne s'agit bien sûr non d'injonctions (comme on le voit en hypnose spectacle) mais de propositions que le patient accepte ou pas.

Une thérapie pour le corps et l'esprit

Comme nous l'imaginons facilement, l'hypnose s'intéresse à l'esprit et tous les maux psychiques qu'elle peut prendre en charge. Mais le corps n'est pas mis de côté pour autant, surtout à l'époque où il est reproché à la médecine de trop souvent oublier de prendre en charge le patient dans sa globalité. Au moment de la transe hypnotique, c'est l'esprit mais aussi le corps tout entier qui est concerné et sur lequel nous pouvons agir. Cela de deux façons. Soit que l'hypnose va permettre une action autour du corps atteint (douleurs chez le patient toxicomane), soit que l'hypnose va permettre à travers un discours concernant les perceptions corporelles d'aborder avec le patient un certain nombre de problématiques encore difficiles à verbaliser autrement ou dont l'expression majeure reste le ressenti corporel (nous évoquions la lourdeur des patients déprimés, mais aussi l'impression de mort imminente chez le patient présentant des attaques de panique, ou encore le rapport d'étrangeté par rapport à son propre corps dans certains troubles limites).

Déroulement d'une séance

Chaque séance bien que particulière et unique se déroule de manière identique sur la forme. Une première prise de contact pendant laquelle le canal sensoriel préférentiel du patient est repéré. Ensuite, la phase d'induction qui permet d'obtenir l'état hypnotique par la focalisation d'attention. Vient après la phase de travail proprement dite qui est un approfondissement et une prolongation de l'état hypnotique. C'est pendant cette phase que se font les suggestions et métaphores. La séance se termine ensuite par le retour à un état de conscience normale.

Pratique

L'hypnothérapie ne se conçoit pas seule, comme simple outil. Il s'agit d'une approche globale du patient où la relation soignant - soigné est particulière et au centre de la dimension thérapeutique. Il faut donc, dans les cas de plus en plus fréquents où la demande émane du patient, en rechercher l'intérêt pour lui-même. Cette pratique, souvent perçue comme magique dans l'imaginaire des gens, nécessite une intention réelle de changement, sur lequel elle peut d'ailleurs travailler.

Autohypnose

L'hypnothérapie peut se pratiquer seule, dès la première séance réalisée avec le praticien ou secondairement. Elle permet au patient une autonomie réelle pour la gestion à la fois de son trouble psychique mais aussi comme une manière d'être et de se ressentir. La pratique de leur séance est le moment où ils se concentrent sur eux-même pour aller là où ils veulent. Ils le vivent souvent comme une parenthèse dans leur journée.

Contre-indications

La seule contre-indication à cette pratique est un état délirant aigu, où la dissociation psychique est majeure. Il est bien évident que le travail auprès de patients souffrant de troubles psychotiques demande une double expérience : à la fois celle de cette population, et de la pratique de l'hypnose. Elle se construit progressivement.

Indications

Dans le domaine de l'hypnose, elles sont très larges : de l'hypnosédation qui permet d'opérer avec de faibles doses d'anesthésiants en local, complétées par un accompagnement hypnotique, en passant par l'hypnose à visée antalgique dans les champs de la rhumatologie, de la dermatologie, de la neurologie et de toutes les autres affections douloureuses.

Concernant le champ de l'hypnothérapie, les indications sont l'opposé des contre-indications. Cette approche est adaptée pour les troubles thymiques, anxieux, addictifs, les troubles des conduites alimentaires... En somme, pour toutes les indications des autres pratiques psychothérapeutiques.

Conclusions

Approche de plus en plus connue et demandée par les patients, l'hypnose a ceci de particulier qu'elle a toujours fasciné. D'une pratique ésotérique, l'avènement des techniques d'imagerie cérébrale lui a permis de gagner une crédibilité scientifique. Pour autant, l'importance de la dimension relationnelle qui est par nature intersubjective n'est pas à minimiser, d'autant plus qu'elle est particulière et au centre du processus thérapeutique notamment si elle est associée à l'état hypnotique et au principe d'analogie métaphorique. L'hypnothérapie gagne à être connue pour apporter un regard différent aux troubles psychiques auxquels elle redonne du dynamisme et de l'espoir, bien souvent perdu en se focalisant sur le changement, l'avenir, l'autonomisation et la recherche de solutions.

Sa prise en charge concomitante du corps et de l'esprit en fait une thérapie singulière et particulièrement pertinente en psychiatrie. Malgré tout, l'hypnothérapie n'est pas magique et nécessite une volonté de changement de la part du patient puisque ses ressources et sa mobilisation sont nécessaires.

D'autres recherches sont en cours pour toujours mieux comprendre les ingrédients de la prise en charge par hypnose qui vont susciter le changement.

Guillaume Chabridon
Interne de psychiatrie à Besançon
gchabridon@yahoo.fr

Merci à Antoine Bioy, professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'université de Bourgogne et expert scientifique de l'Institut Français d'Hypnose, pour sa relecture.

Bibliographie

Bioy A., Celestin-Lhopiteau I. L'Aide mémoire d'Hypnothérapie et d'hypnose médicale : Dunod ; 2014.

Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2013;171(9):658-61.

FOCUS SUR ANGERS

AIPA ou comment gérer un internat bipolaire

AIPA : **A**ssociation des **I**nternes de **P**sychiatrie **A**ngevine

Angers, avec sa fameuse « douceur angevine », a été classée à plusieurs reprises dans le top 5 des villes où il fait bon vivre. Mais l'internat de psychiatrie à Angers ce sont aussi ses périphéries, facilement accessibles. Un des buts de l'AIPA est donc de réunir les internes répartis sur le territoire en leur proposant différentes activités et de l'aide si besoin.

Angers : « Cesame Ouvre-toi »

Sa douceur angevine, ses quernons d'ardoise, ses vins et son cointreau… Mais c'est aussi un CHU et un hôpital psychiatrique, le Cesame, situé à Ste-Gemmes-sur-Loire à quelques kilomètres d'Angers. Angers est une ville dynamique, parsemée de bâtiments historiques, bordée par la Maine, dont les rives sont l'endroit idéal pour s'enjailler. Le Cesame regroupe le plus grand nombre d'internes, avec un internat, lieu de rendez-vous pour manger et passer de bons moments entre internes.

Le Mans : Shutter Island that rocks

Ses 24h, ses rillettes, son taux de suicide (corne d'abondance du psychiatre), la boîte de nuit de Steevie Boulay… et le Centre Hospitalier Spécialisé de le Sarthe (CHSS) ! Situé dans la ville ouvrière d'Allonnes, limitrophe du Mans, il regroupe un quart des internes de psy. L'internat est une grande maison à partager située en bordure de l'hôpital, lieu de folles soirées ouvertes à tous.
Une fois par semaine sont organisés des cours, faits par les internes et les médecins du CHSS, qui nous permettent d'échanger et d'avoir une approche sur différentes thérapies.

Périphérie mon amour

Pour la plupart très prisées car permettant d'appréhender la psychiatrie de manière différente - psychiatrie institutionnelle au Pin-en-Mauges, psychiatrie de l'adolescent au centre de soin-étude à Sablé-sur-Sarthe, psychiatrie légale à Laval - pour n'en citer que quelques-unes. Elles regroupent une dizaine d'internes également.

Et la cohésion dans tout ça ?!

Tous les internes se retrouvent le jeudi pour notre après-midi de formation au CHU d'Angers, cela mène souvent à des chaleureuses soirées dans la superbe ville d'Angers et ses bars.
L'AIPA est née de cette dynamique de cohésion. L'association a pour but d'améliorer les conditions d'accès aux rillettes et au cointreau des internes. Autrement dit, faciliter les échanges entre internes et les aider tout au long de leur internat en passant par :

- Un tutorat par les plus anciens : aide à la rédaction des mini-mémoires, présentation des DU/DIU.
- Organisation de café-psy pour institutionnaliser les sorties du jeudi soir.
- Gestion des postes à ouvrir chaque semestre, en adéquation avec les souhaits des internes.
- Organisation de soirées à l'internat du Cesame.
- Accueil festif des nouveaux internes (avec du cointreau et des rillettes !!).

Pour résumer et vous donnez envie de nous rendre visite :

Laval

Angers

Le Mans

Cholet

AIPA

Mayenne

Sablé-sur-Sarthe

Saumur

Pin-en-Mauges

Pauline Boudin
Référente AFFEP Angers

Avec l'aide de Gabrièle Mugnier, présidente de l'AIPA, et de Rudy Ozelle, référent événementiel

Pour une clinique analytique des réunions de synthèse

Qu'est-ce qu'une réunion en psychiatrie ? La question peut paraître incongrue tant les réunions font partie des évidences, de la routine parfois qualifiée d'institutionnelle. Les réunions sont des institutions dans l'institution psychiatrique (lat. instituere) au sens actif de ce qui institue et au sens passif de ce qui est établi. Etabli qui permet à l'artisan la bonne tenue de son objet. Elles sont un dispositif en tant qu'elles permettent un certain ordonnancement du discours clinique sur les patients permis par une culture professionnelle et un esprit d'équipe propre à chaque service. Ce dispositif est inclusif et la participation de l'interne relève du rite initiatique qui permet son intégration en acte dans l'équipe soignante. La réunion se vit de l'intérieur ce qui la rend difficilement pensable en dehors du cadre qu'elle fixe : parler de tous les patients lors des staffs, des patients difficiles lors des synthèses, de l'organisation lors des réunions institutionnelles, etc. L'approche managériale, qui prévaut dans une grande partie des services de secteur, présente les réunions comme des lieux de partage d'informations permettant une meilleure organisation des soins et une conduite à tenir univoque face aux patients. Elles seraient une mise au diapason où soignants et patients pourraient s'accorder sur le cadre supposé thérapeutique. Sauf qu'une pensée dans le cadre meurt ou s'échappe, ce qui se manifeste par une amnésie totale de l'évènement voire le seul souvenir des pensées incidentes ayant fait diversion dans l'esprit mal cadré de l'interne. Cet accablant constat d'inutilité au sortir de certaines réunions peut conduire à une dépréciation de l'équipe ou de soi. Il existe pourtant tout un pan de la psychopathologie psychanalytique qui s'est attachée à traiter spécifiquement des phénomènes groupaux. Ce champ d'investigation mérite notre attention car il offre des outils pour penser l'intrication souvent délétère entre psychopathologie de l'équipe et celle du patient. Hermann Simon avait déjà repéré en 1929 que pour adopter une thérapeutique plus active avec les malades il fallait commencer par soigner l'hôpital. Je propose de résumer ici différents points fondamentaux qui permettent d'envisager les réunions comme des lieux d'expression d'une économie psychique groupale en lien avec les pathologies traitées. Situer les réunions dans leur dimension psychopathologique pourra légitimer la participation active du futur psychiatre. L'objectif n'est pas de donner un aperçu exhaustif des développements théoriques de la psychanalyse des groupes mais de dessiner quelques traits d'un champ méthodologique et théorique absent de nos formations.

Quelques points théoriques

Se détacher du quantifiable : Les expérimentations en psychologie sociale pratiquées notamment aux Etats-Unis ne seront pas abordées ici. Pourquoi ? D'un intérêt non négligeable, elles se réfèrent à une méthodologie quantitative radicalement différente des recherches en psychanalyse. Inspirée des sciences positives, la psychologie expérimentale suppose la possible objectivation des comportements humains par un observateur chercheur. Ce présupposé a été critiqué de façon très argumentée par Georges Devereux dans « De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement », ouvrage fondamental des recherches qualitatives en psychanalyse.

Nous pouvons différencier artificiellement trois grands courants dans l'approche psychanalytique des groupes :

1/ Bion et l'école anglaise : Formé à la philosophie puis à la médecine, Bion commence sa carrière de psychiatre dans un hôpital militaire londonien, la Tavistock Clinic, où la question de l'indiscipline des malades-soldats est à la source de sa réflexion et de son expérience sur les petits groupes. La tâche primaire de la réunion comme de tout petit groupe est de constituer un groupe de travail. Le risque d'inflation des éléments β (impressions sensorielles, perceptions internes diffuses) dans le groupe de travail perturbe sa tâche primaire. Appareiller le psychisme groupal[1] revient à permettre la métabolisation ou la perlaboration des éléments archaïques (fantasmes primitifs chez l'individu) dont l'émergence est favorisée par l'exposition à la clinique des psychoses. Le groupe de travail devient un groupe de base aux mécanismes de défense archaïques[2] comme l'attaque-fuite, la dépendance et le couplage. Plusieurs situations peuvent les illustrer :

- L'attaque-fuite : le cours des réunions est perturbé par des retards, un absentéisme important et des départs anticipés.
- La dépendance : soumission et passivité face aux décisions du supérieur hiérarchique, médecin ou représentant.
- Le couplage : vécu subjectif de la relation soignant-soigné et problèmes institutionnels sont traités en binôme d'affinité plutôt qu'en groupe.

2/ Racamier et l'école française : Paul-Claude Racamier est le fondateur du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale (CPGF) et inventeur, entre autres, du concept de perversion narcissique. Il se situe dans la continuité des travaux de Freud sur les groupes (Totem et tabou, Malaise dans la civilisation). L'analyse du transfert en situation groupale nécessite un cadre spécifique comme le psychodrame analytique ou certaines formes de thérapies familiales. Racamier fait de l'œdipe un organisateur des relations intersubjectives. Le fantasme d'auto-engendrement qui se structure dans l'antœdipe offre un modèle de compréhension de groupes fonctionnant dans l'indifférenciation. Ce courant a donné naissance aux psychanalystes groupalistes.

3/ La psychothérapie institutionnelle : Avec ses deux jambes, psychanalyse et sociologie, la psychothérapie collective est un projet global qui ferait de l'hôpital psychiatrique une cité idéale. Héritière de l'antipsychiatrie, elle attribut comme principale cause de la folie, un environnement social délétère qu'il faudrait transformer. Loin de pouvoir y parvenir, l'équipe a pour principale mission d'instaurer une ambiance non carcérale par une critique permanente de l'institution. Les réunions dites institutionnelles en sont un éminent exemple mais ne méritent plus leur titre si elles n'ont pas l'envergure d'une déconstruction permanente des fondations. Le modèle démocratique s'impose avec en partage une hiérarchie subjectale prévalent sur la hiérarchie statutaire et une remise en cause de la division capitaliste du travail. Le transfert psychotique fonctionnant en constellation, la réunion de synthèse est un dispositif essentiel pour l'élucidation de la problématique du patient. Dans ces conditions, la réunion n'a pas de but précis. Elle est la cellule minimale où fonctionne la psychopathologie groupale. Combien de réunions sont encore capable de se penser dans leur dimension psychodramatique ou comme représentantes de la société dans son ensemble ? Une réunion ne peut dépasser son carcan communicationnel que si elle intègre ces trois ingrédients : désaliénation, pensée critique et créativité.

Méthode de prise de notes en réunion

La prise de notes en situation de réunion est l'outil principal dans l'élaboration d'un matériel clinique groupal. Un découpage en quatre colonnes proposé par Gimenez et Pinel[3] est une modalité de traitement analytique et méthodique des données subjectives. Les auteurs proposent une séparation et une mise en lien de différents registres. Contrairement aux grilles d'évaluation comportementale ou à l'analyse linguistique, ce tableau prend en compte la nécessaire inclusion de l'observateur dans le dispositif, référentiel indépassable qui ne peut s'appréhender que de l'intérieur. Il répond à deux objectifs, se rendre réceptif aux échanges interpersonnels ainsi qu'à ses propres mouvements de pensée.

Nous avons employé initialement cette méthode de travail de recherche sur les réunions de synthèse. Elle me semble néanmoins pertinente dans la pratique quotidienne avec de possibles réaménagements. A l'aspect ludique et évolutif du tableau s'ajoute également une difficulté : arriver à remplir les quatre colonnes. Le travail en réunion se joue dans l'amélioration de notre capacité d'introspection, de mise en lien et de mobilisation de ressources théoriques. Des qualités également utiles dans la clinique du sujet.

Les données perceptives, le verbal en groupe et la chaîne associative groupale	Le repérage des scénarios de base	Pensées et émotions introspectives	La théorie, la place du tiers
Matériel verbal si possible dans les associations. Matériel visuel, olfactif, cénesthésique. Distinguer les mouvements associatifs dans les interventions, le nouage individuel/ interpersonnel, la distribution de la parole (parole distribuée/ associative), la fonction porte-parole de certaines interventions.	Succession de scénarios : phrases (sujet-verbe-complément) sur le modèle : « Quelqu'un fait quelque chose à quelqu'un devant un troisième. » Le décodage tente de figurer ce qui se passe dans le groupe, les différences de places occupées ou au contraire la répétition d'un schéma immuable. Identification de scènes fantasmatiques. Les anecdotes, blagues ou traits d'humour ont souvent pour fonction de diminuer l'angoisse et révèlent une problématique inconsciente.	Noter ses propres émotions est un outil fondamental en clinique et en recherche. L'élucidation groupale n'est révélée que par le contre-transfert. Cet item permet d'introduire la question du négatif. Qu'est-ce qui achoppe à la mise en sens ? Quel impossible est révélé par l'absurde voire l'angoisse induite par l'évènement ? Partir de l'embarras d'une situation intersubjective prise en notes permet une mise en lien avec d'autres lignes du tableau.	Premier travail de transformation du matériel et d'élaboration qui permet de changer de niveau, de mettre en ordre les éléments des précédentes colonnes. S'adresse à un concept, une théorie qui occupe la place du tiers. Permet la symbolisation par la convergence de théories personnelles et tierces. Elle peut avoir une dimension prédictive sur les associations et constituer une vérité subjective.

Manuel Rubio
Interne en psychiatrie à Paris

1 KAES, R. *L'Appareil psychique groupal*, Paris, Dunod, 2e édition, 2000.
2 BION R. Wilfred, *Recherches sur les petits groupes*, éd. PUF, trad. E. L. HERBERT, 1965, p. 95-131.
3 GIMENEZ & PINEL, *A Proposed Method of Group Observation and Note-Taking from a Psychoanalytical Perspective*, Group Analysis, 2013/3, p. 3-17.

Biomythologie et psychiatrie scientifique

De l'articulation entre théorie et pratique en psychiatrie

Résumé

La difficulté d'articuler théorie et pratique en psychiatrie n'apparaît pas forcément immédiatement au psychiatre en *herbe*. Partant de mon regard d'interne en psychiatrie, ma réflexion propose une analyse de cette question, plus particulièrement appliquée au courant « scientifique » de la psychiatrie. Il s'agira d'un parcours allant d'une conception simpliste des recherches neuroscientifiques et de leurs applications pratiques – la *biomythologie* – à une tentative d'élaboration d'un modèle de l'articulation théorie-pratique rendant compte de la complexité de l'exercice et des écueils à éviter. Enfin, un détour historique cherchera à comprendre l'origine de ce discours mythique sur les causes biologiques des troubles mentaux et sa fonction.

Introduction

Le projet d'interroger les rapports entre théorie et pratique en psychiatrie constitue le point de départ de ma réflexion, avec ce constat initial qu'elles ne s'articulent pas aussi simplement que je le pensais lorsque j'ai commencé mon internat de psychiatrie. Le propos partira donc de mon regard de *néophyte* sur la psychiatrie. *Néophyte*, dans son sens étymologique premier : « plante récemment entrée dans un écosystème ». La psychiatrie est incontestablement un « écosystème » très diversifié, en permanente évolution, avec de nombreuses écoles, différentes « espèces » de psychiatres. Je parlerai particulièrement de la psychiatrie « scientifique » et de la perception que je peux en avoir en tant que psychiatre *en herbe*, actuellement en fin d'internat.

La psychiatrie « scientifique » peut être définie comme un courant de la psychiatrie promouvant une connaissance objective des troubles mentaux et une évaluation standardisée de ces troubles à l'aide d'échelles, utilisant un vocabulaire normé (par exemple les catégories définies dans le DSM), se fondant sur des résultats d'études scientifiques. En un mot, on pourrait dire : une psychiatrie qui croit au progrès scientifique. C'est le courant professionnel dominant actuellement, en termes de pouvoir sinon en termes de nombre. Il suffit pour s'en convaincre de se pencher sur les dernières nominations de PU-PH, sur le contenu de la formation et des dernières « conférences de consensus » édictées…

Au début de mon internat, ma vision de la psychiatrie « scientifique » était extrêmement simpliste, avec l'idée que cette pratique s'appuie directement sur les découvertes scientifiques récentes concernant la biologie cérébrale et ses dysfonctionnements et que les traitements disponibles en psychiatrie découlent de ces découvertes. J'ai repris le terme de *biomythologie* (de David Healy (9), chercheur en psychopharmacologie, psychiatre et historien) pour qualifier cette vision schématique des théories neurobiologiques des troubles mentaux et de leurs applications.

Il me faut ici préciser ma démarche qui n'est pas de remettre en cause en bloc la psychiatrie scientifique, en recyclant des critiques radicales antipsychiatriques plus ou moins psychanalytiques. Malgré la dimension critique du terme *biomythologie* (comme on le verra), mon but n'est pas de polémiquer ni de provoquer stérilement, mais plutôt de tenter de guider ma réflexion par une méthodologie type « sciences humaines », c'est-à-dire descriptive, analytique et s'attachant à s'extraire des conflits idéologiques autant que possible. C'est cette position de recul que traduisent les guillemets encadrant le terme de psychiatrie « scientifique ».

Pourquoi ce terme de *biomythologie* ?

Une mythologie, c'est un ensemble de mythes et je partirai du double sens de ce mot : premièrement, une illusion voire un mensonge (un *mytho*) et deuxièmement, une histoire fondatrice, une histoire qui se forge à force d'être répétée et fortifie le sentiment d'appartenance à un groupe.

Mon propos suivra ce double fil : dans la première partie, j'examinerai l'illusion suivant laquelle les connaissances neurobiologiques servent de base à une pratique « scientifique » de la psychiatrie. Puis dans la seconde partie, un bref détour historique nous renseignera sur l'origine de la théorie biologique des troubles mentaux.

1. Une illusion : les connaissances neurobiologiques servent de base à une pratique « scientifique » de la psychiatrie

a. Neurobiologie et troubles mentaux : la tentation simpliste

Au début de mon internat en psychiatrie, j'ai donc adhéré à une explication neurobiologique simpliste des troubles mentaux, jusqu'à considérer que, le cerveau sécrétant des pensées comme le rein l'urine, on pouvait assimiler un Episode Dépressif Caractérisé à une prostatite…

D'où me vient ce point de vue schématique ?

En premier lieu de ma formation : en effet, lors des cours de préparation au concours de l'internat, quasiment aucune différence n'est faite entre la psychiatrie et les autres spécialités médicales. Les troubles psychiatriques sont décrits comme toutes les maladies selon la séquence : étiologie, sémiologie, pronostic, traitement… Avec quelques mots parfois de psychopathologie amalgamant pèle mêle toutes les approches théoriques (mais je ne m'y attarde pas : tout cela est bien trop flou pour tomber au concours !). Une fois adoubé interne en psychiatrie, aux cours de DES, je retrouve sensiblement les mêmes descriptions, avec quelques données chiffrées en plus, et un accent mis sur les dernières découvertes de la recherche neuroscientifique.
Je souhaite alors compléter ces notions et m'inscris à un congrès de psychiatrie : L'Encéphale. Evidemment, il est surtout question de synapses !
Je tombe ensuite sur un papier scientifique qui traîne dans mon bureau à l'hôpital, intitulé « Nouvelles hypothèses dans la dépression », et signé par le prestigieux professeur Roland Jouvet, dont voici un extrait : « *la dépression connaît les mêmes changements que le reste de la médecine : avec les progrès des connaissances, on allonge les périodes d'observation*. [suit une comparaison avec l'infarctus du myocarde…] *Les connaissances en neurosciences ont apporté récemment des arguments scientifiques pour expliquer ce mouvement* [les récidives dépressives]. […] *Ce sont, pour le psychiatre, des considérations nouvelles qui changeront probablement son évaluation des patients et sa pratique de façon importante. Progressivement la maladie dépressive quitte le statut des événements de vie pour rejoindre le catalogue des destinées* ».

Enfin, je reçois plusieurs visiteurs de laboratoires pharmaceutiques, qui me résument les causes biologiques simplissimes des troubles mentaux, chaque trouble étant défini par un dysfonctionnement neurochimique spécifique dont la solution médicamenteuse est heureusement disponible.

Le point commun de ces discours sur les causes biologiques des troubles mentaux est qu'ils dépassent ce que la science peut affirmer (en simplifiant, en omettant des nuances, en gommant des incertitudes, en affirmant des liens de causalité…). Au contraire, la science est caractérisée par la prudence (ne parle-t-on pas d'« intervalle de confiance » ?). En effet, la science tente de façonner des modèles et de tester leur adéquation à la réalité. Elle est en perpétuelle amélioration. C'est ce critère de « réfutabilité » qui signe pour Karl Popper le caractère scientifique d'une discipline. Le registre de certitude caractérise au contraire le dogme.
Dogmatique, le discours simpliste neurobiologique l'est lorsqu'il est utilisé à des fins politiques ou de marketing. Politique, lorsque le but est de contredire une théorie concurrente, ce qui peut s'inscrire dans une lutte pour l'obtention de moyens pour la recherche ou le soin (par exemple le documentaire « Le Mur ou la psychanalyse à l'épreuve de l'autisme », qui attaque les conceptions psychanalytiques de l'autisme, et présente en contrepoint une vision caricaturale de « la cause » neurologique de l'autisme). Marketing émanant des laboratoires pharmaceutiques qui subventionnent le modèle biologique des troubles mentaux, avec l'idée que les traitements psychotropes sont étiologiques : « anti-dépresseurs », « anti-psychotiques », frappant au cœur de la cible (illusion que David Healy a pointée, parlant du mythe du « projectile magique » qui imprègne nos représentations des traitements médicamenteux, psychotropes y compris (9)). Dans ces contextes, le discours est alors particulièrement distordu : il s'agit d'une version extrême de la *biomythologie*. Mais au-delà de ces exemples caricaturaux, il existe des déformations plus subtiles et plus répandues (dans les médias grand public, la littérature médicale, et jusqu'aux discours des scientifiques eux-mêmes).

Neurobiologiste, François Gonon (5) a analysé la présentation des conclusions dans la littérature scientifique et la manière dont elles sont reprises dans d'autres articles scientifiques puis éventuellement dans les médias. Il dénonce une exagération de la portée des résultats quasi systématique, visant à augmenter les chances de publication : par exemple, « *une conclusion forte est affirmée dans le résumé en omettant de mentionner aussi les données qui relativisent la portée de la conclusion* ». Ce processus participe à l'entretien d'un climat d'optimisme thérapeutique dans le milieu scientifique

où l'application des résultats des recherches est sans cesse promise pour demain. Concernant la diffusion des résultats des études scientifiques, il remarque que les études princeps sont fréquemment mises en valeur car elles garantissent un effet d'annonce en raison de leur originalité. Cependant, les résultats sont souvent modérés par la suite, voire infirmés, mais ces études sont alors en moyenne moins diffusées car moins spectaculaires. Cela se rapproche du « biais de publication », bien connu, qui désigne le fait que les études négatives ont beaucoup moins de chance d'être publiées (et citées) que les études retrouvant des résultats positifs. Lorsque l'on s'intéresse de près à un sujet, on constate que les mêmes études « de référence » sont inévitablement citées (tandis que d'autres sont ignorées), ce qui peut créer une impression de vérité inébranlable, les résultats s'entre confirmant. Enfin, dans la masse des études publiées, il est difficile de s'orienter et on peut concevoir qu'il soit possible de se créer de fausses certitudes en se référant à (en survolant) la littérature scientifique : il est facile de se laisser aller à sélectionner les études dont les résultats sont en accord avec ses préjugés et ignorer celles qui retrouvent des résultats contradictoires.

Globalement, en raison de l'optimisme thérapeutique de rigueur mentionné plus haut, je pense qu'il y a un risque de surestimer les traitements médicamenteux en se référant aux publications scientifiques, c'est-à-dire de minimiser leurs effets secondaires et d'exagérer leur efficacité, pour les traitements qui agissent selon la théorie biologique des troubles mentaux. La revue indépendante *Prescrire* publie mensuellement son avis sur les médicaments nouvellement mis sur le marché, et revendique une évaluation fondée sur une revue rigoureuse des données scientifiques disponibles, prenant le contre-pied de l'information orientée provenant directement ou indirectement (articles publiés par des chercheurs salariés) des laboratoires pharmaceutiques. Or, force est de constater que ces avis sont bien éloignés de ce qu'on lit et entend communément sur le sujet (la plupart des nouvelles molécules sont jugées comme n'apportant rien par rapport aux médicaments déjà disponibles sur le marché, ou peu (13)). Même si l'on considère cette évaluation comme orientée idéologiquement, c'est la preuve que l'on peut utiliser la littérature scientifique pour conforter ses préjugés.
Par contre, le phénomène inverse est à l'œuvre pour les traitements qui au contraire n'ont pas d'action sur les neurotransmetteurs cérébraux (par exemple le millepertuis). Les études sont dans ce cas peu diffusées et tout à fait méconnues (malgré l'utilisation d'une méthodologie tout à fait respectable : par exemple la méta analyse de Linde et. Al (10), suivant la méthodologie *Cochrane*). Ainsi, la représentation que l'on a d'un traitement ne dépend pas que de son efficacité mais aussi de l'accord ou non de son mécanisme d'action avec la théorie dominante.

Le discours simpliste sur les causes biologiques des troubles mentaux n'est certes pas l'unique discours théorique émanant de la psychiatrie. Mais il est tentant car il comporte une apparence de simplicité, une promesse d'efficacité thérapeutique. Rétrospectivement, je pense que je suis tombé sous son charme en partie parce que j'ai été peu formé en psychothérapie, ce qui a favorisé mon adhésion à un discours promettant une réponse médicamenteuse simple et efficace. (Selon les termes de David Healy (8), le « *scalpel psychopharmacologique* »). Cela illustre la phrase fameuse d'Abraham Maslow extraite de son ouvrage *The Psychology of Science* (1966) : « *si le seul outil que vous avez est un marteau, vous tendez à voir tout problème comme un clou* ». Au-delà de la formulation plaisante, c'est bien d'un mécanisme cognitif de base dont il s'agit : la conception que l'on a d'un problème dépend des réponses dont on dispose.

Pourtant, contrairement à ce que l'on serait tenté de croire de manière simpliste, les connaissances neurobiologiques ont peu d'applications en pratique.

b. Se résoudre à l'empirisme scientifique…

Les troubles mentaux sont très incomplètement expliqués par la physiopathologie cérébrale.
C'est la conclusion que l'on peut tirer de la lecture de l'ouvrage très complet et documenté d'Alain Bottero (2) *Un autre regard sur la schizophrénie* qui expose les avancées de la science dans la compréhension de la schizophrénie mais aussi ses (nombreuses) limites. Globalement, il n'existe pour l'instant pas de marqueur biologique fiable des troubles mentaux. L'entreprise du DSM était pourtant associée à un espoir de parvenir à définir un jour les troubles mentaux par des marqueurs biologiques. Greg Miller (11), rédacteur de la revue Science, revient sur cet espoir et fait le constat d'un échec au moment de la révision du DSM4 : « *les recherches en neuroscience et en génétique ont permis une compréhension plus sophistiquée des troubles mentaux. Exploiter ce savoir pour améliorer le diagnostic des troubles psychiatriques était une motivation majeure pour entreprendre une révision du DSM. Mais certaines personnes, même parmi celles en charge de diriger cette révision, disent que l'on en sait encore trop peu à propos des bases biologiques des troubles mentaux, et le DSM continue donc d'être basé sur des symptômes plutôt que sur des causes* ».

Il faut mettre ce constat en parallèle avec celui d'un faible niveau de connaissances en neurosciences des psychiatres en moyenne, même ceux se réclamant du courant « scientifique ». En effet, ceux-ci consultent en général peu la littérature scientifique, et sont souvent incapables d'expliquer le mode d'action précis des différents traitements. Pour autant, ce n'est pas gênant pour la pratique psychiatrique ! En effet, celle-ci paraît peu « scientifique » dans l'ensemble et les multiples questions pratiques qui se posent quotidiennement au psychiatre (par exemple : quand sortir tel patient de chambre d'isolement ?) sont difficilement modélisables sous la forme d'un essai randomisé et contrôlé. La pratique psychiatrique, (pour l'instant ?) incapable de se baser sur la connaissance d'une physiopathologie précise, reste essentiellement basée sur l'expérience du clinicien.

La pratique psychiatrique est donc au stade de « l'empirisme scientifique », selon la définition de Claude Bernard (1), qui avait imaginé l'évolution que la médecine avait à parcourir, du stade primitif des observations de hasard au stade ultime véritablement « scientifique », en passant par l'« empirisme scientifique ». L'empiriste « scientifique », forcé d'expérimenter « au cas par cas » et de s'en remettre à son observation clinique attentive, est donc, selon lui, « *un ignorant qui a conscience de son ignorance et qui cherche à en sortir* ». Le stade « scientifique » est celui de la médecine expérimentale, basée sur la compréhension de la physiologie. Pour Claude Bernard, « *tout ce qui existe pathologiquement doit se trouver et s'expliquer physiologiquement* ».
En corollaire du stade « empirique » actuel, une pluralité des théories subsiste, difficiles à articuler ; l'édifice théorique reste fragile. Il n'existe donc « *pas une théorie unique et unifiée, mais une série - gigantesque ! - d'hypothèses en cours d'étude, de vérifications, de réfutations* » (2).

Mon propos n'est pas d'insinuer que la recherche neuroscientifique est inutile. Le projet de trouver les causes biologiques des troubles mentaux est ambitieux : tant mieux s'il aboutit, mais force est de reconnaître que ce n'est pas pour tout de suite. En attendant, la psychiatrie s'occupe de troubles idiopathiques. Les diagnostics psychiatriques sont des « diagnostics d'exclusion » : lorsqu'une cause organique est mise en évidence, la maladie en question passe dans le domaine du « somatique » (par exemple la découverte d'une encéphalite limbique auto immune expliquant des troubles du comportement imposerait un transfert du patient en neurologie), et vice versa : quand on ne trouve pas de cause organique à un symptôme somatique, on tente d'envoyer le patient chez le psychiatre. Enfin, les traitements médicamenteux sont symptomatiques (ils n'agissent pas sur les causes directes des troubles).

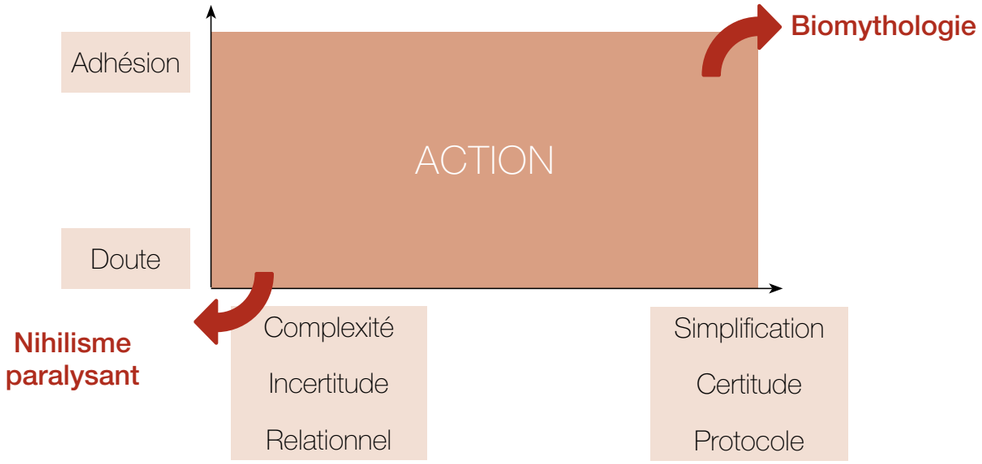
Puisque la théorie neuroscientifique ne s'applique pas mécaniquement et en l'absence de marqueur « objectif », chaque soignant est contraint d'ajuster sa pratique au cas par cas et de prendre en compte l'expérience vécue du patient. Confronté à la nécessité d'agir, il s'agit en permanence de « bricoler » pour trouver un équilibre entre la référence à un modèle théorique personnel (qui peut emprunter à divers courants théoriques) et à son expérience (acquise ou transmise). C'est ce processus de passage des représentations théoriques à une pratique fondée qu'analyse Armelle Grenouilloux (6) et qu'elle nomme « théorie de la pratique », reprenant le terme de Pierre Bourdieu, à la suite de Georges Lantéri-Laura. (Le terme de « bricolage » a lui été emprunté à Jean Guyotat).

J'ai tenté de représenter les relations entre théorie (degré d'adhésion et degré de simplification) et pratique (degré d'action) dans le schéma suivant. Le rapport au modèle théorique est ainsi caractérisé par deux dimensions :

- Le degré de simplification (en abscisses) : nous savons que la réalité est plus complexe que ne pourra le saisir aucun modèle, éminemment incertaine… mais en pratique, la nécessité d'agir nous pousse à simplifier. C'est ce dilemme qu'illustre la fameuse citation de Paul Valery : « *le simple est toujours faux. Ce qui ne l'est pas est inutilisable* ».
- Le degré d'adhésion (en ordonnées) : pour agir il faut également adhérer à son modèle.

Deux écueils à éviter apparaissent ainsi clairement : d'une part, verser dans le nihilisme, par scepticisme complet paralysant l'action (relativisme extrême professant que la réalité est de toute manière inconnaissable) ou par refus de la simplification et de la généralisation (respect absolu de la subjectivité du patient comme seule vérité donc refus de toute prise de position) (coin inférieur gauche). D'autre part verser dans le dogme par intolérance à l'incertitude (tolérer l'incertitude est nécessairement anxiogène lorsque l'on est sommé d'agir). Cela peut aller jusqu'à la négation du caractère relationnel de tout recueil de sémiologie. La tentation est ici de se raccrocher aux protocoles et autres algorithmes décisionnels. Le risque est alors de chercher à imposer sa vérité au patient en niant son expérience propre (ce que Balint a nommé dans son ouvrage *Le médecin, son malade et la maladie* la « fonction apostolique du médecin ») (coin supérieur droit).

Relation entre théorie (adhésion et simplification) et pratique (action)



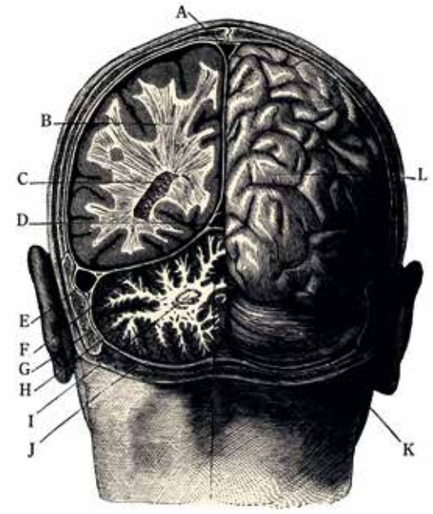
Ce schéma illustre le fait que l'articulation entre théorie et pratique en psychiatrie (comme ailleurs) est bien complexe et ne se résume pas à l'application mécanique de résultats de recherches neuroscientifiques.
Le projet de fonder une psychiatrie « scientifique » sur la physiopathologie cérébrale n'allait pas de soi historiquement : comment la théorie neurobiologique des troubles mentaux est-elle devenue la théorie « dominante » ?

2. Une histoire fondatrice : d'où vient la théorie biologique des troubles mentaux ?

A l'époque de la découverte des premiers psychotropes (neuroleptiques puis antidépresseurs), dans les années 50, on ne connait pratiquement rien de la chimie du cerveau. Au contraire, l'idée que la transmission de l'information puisse passer par un signal chimique n'est pas dans l'air du temps (les hypothèses en vogue s'orientent plutôt sur une transmission électrique). La découverte des psychotropes n'a pas découlé du développement d'une théorie scientifique neurobiologique des troubles mentaux, elle s'est faite par tâtonnements empiriques et grâce à des observations cliniques minutieuses. C'est au contraire cette découverte qui a lancé secondairement le développement de la psychopharmacologie (pour comprendre le mode d'action des psychotropes). Les hypothèses sur les causes biologiques des troubles mentaux ont vu le jour dans la foulée, avec le postulat que les causes des troubles psychiatriques devaient constituer l'envers du mode d'action des psychotropes. C'est ce qui fonde l'historien Jean Noël Missa (12) à affirmer que « *le modèle médical a fonctionné à l'envers* » (il s'agit du modèle de Claude Bernard selon lequel c'est la physiologie qui doit être la base de la pratique médicale).
La découverte des traitements psychotropes puis leur généralisation ont donc joué un grand rôle dans le développement de la théorie neurobiologique des troubles mentaux. Pour comprendre l'importance prise par cette théorie, je vais examiner deux points de l'histoire des traitements psychotropes.

Premier point : le contexte historique de la découverte des médicaments psychotropes.
La psychiatrie naissante a trouvé sa légitimité en s'appuyant sur le modèle médical. Dans la deuxième moitié du XXe siècle, la médecine s'est elle-même fondée sur les sciences fondamentales, en pleine expansion : l'historien Jean Paul Gaudillière (4) utilise à ce propos les termes de « *biomédecine* » et de « *molécularisation* » des sciences de la vie et de la maladie. C'est à cette époque que sont apparus les premiers psychotropes, en même temps que les premiers antibiotiques, les premiers antihypertenseurs, et toute une gamme de médicaments, ce qui a fait parler de « *révolution thérapeutique* » (8). Selon lui, « *cette révolution a transformé notre conception de la maladie, et de la santé* » puisque l'on a brusquement disposé d'un arsenal thérapeutique agissant sur les causes d'un certain nombre de maladies. A cette époque règnent un enthousiasme et une confiance absolus en les sciences naturelles, comme en témoigne la déclaration médiatique du président Nixon en 1971 : « *dans 20 ans, nous aurons vaincu le cancer !* ». C'est donc à ce moment que la psychopharmacologie et les neurosciences ont pris leur essor. Les psychotropes ont bénéficié de cet optimisme ambiant et ont pu être présentés alors comme des médicaments spécifiques, c'est-à-dire agissant sur la cause de la maladie (ce qui n'a toujours pas été prouvé).

Deuxième point : les théories psychiatriques de l'ère précédent la découverte des psychotropes (début du XXe siècle).
Jean Noël Missa (12) décrit l'utilisation à cette époque de « traitements de choc » (malariathérapie, insulinothérapie…). Il analyse les théories avancées par les psychiatres de l'époque pour expliquer l'efficacité de ces traitements et les juge peu étayées et parfois assez ésotériques. Selon lui, les psychiatres eux-mêmes étaient lucides sur le manque de validité de ces théories mais ils se sentaient tenus de produire un discours théorique malgré le manque total de lumière sur le mode d'action de ces traitements. Jean Noël Missa les qualifie de « théories alibis » : selon lui, le rôle de ces théories est de fournir une justification de la pratique plus qu'une explication.
N'est-ce pas le rôle de toute théorie ?
Aujourd'hui, les traitements sont incontestablement plus efficaces et les théories plus robustes, cependant, il me semble que la théorie garde cette fonction : elle justifie la pratique. Ainsi, le discours neuroscientifique sert lui aussi de justification de la pratique psychiatrique. Il a derrière lui toute la légitimité des sciences naturelles à une époque où la sagesse et l'humanisme paternaliste du médecin ont de moins en moins de poids (à quoi il faut ajouter, en psychiatrie, le déclin de l'autorité des théories psychanalytiques[1]).
C'est cette fonction du discours neuroscientifique qui explique selon David Healy sa diffusion si large et sa place de « théorie dominante » des troubles mentaux, malgré le faible pouvoir explicatif (pour l'instant ?) : « *les recherches biologiques n'apportent donc pas de réponses aux questions sur le mode d'action des antidépresseurs ou à la question de ce qui ne va pas dans le système nerveux des gens déprimés ; elles jouent un autre rôle. Elles offrent, en fait, une justification biologique aux nouvelles approches adoptées par les psychiatres dans les années 70 et 80. Elles fournissent*



une vraisemblance, que l'on pourrait dire « artistique », en permettant aux psychiatres, qui parlent de biologie, de paraître scientifiques. Elles fournissent des images puissantes qui pénètrent la conscience populaire et remplacent les anciennes notions de la psychanalyse » (8).

Conclusion

Pour résumer, nous avons vu qu'il existe en psychiatrie (au moins pour le psychiatre *en herbe*) une tentation à adhérer à une explication théorique neurobiologique simpliste alors que la psychiatrie reste (pour l'instant ?) à un stade essentiellement empirique. L'articulation entre théorie et pratique s'avère particulièrement complexe et il s'agit pour chacun de se « bricoler » un modèle théorique personnel en accord avec sa pratique, en se situant dans les deux dimensions adhésion-doute et simplification-complexité.
D'autre part, la théorie neurobiologique des troubles mentaux est actuellement la théorie dominante en psychiatrie, en partie car elle remplit un rôle de caution scientifique et de justification de la pratique (alors que son pouvoir explicatif reste faible).
Ces deux points m'ont fondé à reprendre le terme de *biomythologie* pour qualifier les distorsions et utilisations simplistes du discours neuroscientifique.

L'utilisation du terme de mythe n'est pas dépourvue de limites. La plus importante est qu'il sous-entend une opposition illusion/réalité or je tiens à préciser que je ne critique pas ici la validité des recherches neuroscientifiques, n'en ayant pas la légitimité - n'étant pas spécialiste du sujet, et ne partageant pas les conceptions extrêmes du philosophe Paul Feyerabend (3) qui qualifie les

1 Le temps est loin (1973) où Jacques Lacan pouvait élucubrer 90 minutes à la télévision !

sciences naturelles de « contes de fée ». De plus, et surtout, cette opposition illusion/réalité est trompeuse car les conséquences des différents développements théoriques neuroscientifiques, même s'ils ont peu d'applications pratiques, ne se limitent pas au plan des concepts. Au contraire, leurs effets sont bien réels puisque concepts, pratiques et vécu des personnes sont en permanente interaction. C'est ce qu'analyse le philosophe Ian Hacking (7), qui remarque que « *les classifications n'existent pas seulement dans l'espace vide du langage, mais aussi dans les institutions, les pratiques, les interactions matérielles avec les choses et les autres gens* ». Ainsi, pour une personne, recevoir une étiquette, entrer dans une catégorie, a des effets sur son vécu, et peut entraîner des réactions, suivant par exemple qu'elle tente de se conformer à la classification ou au contraire de s'en extraire. Ce qui explique qu'il faille en permanence revoir les classifications (ce que Ian Hacking a appelé l'effet boucle). Ce phénomène est particulièrement manifeste dans le champ de la psychiatrie.

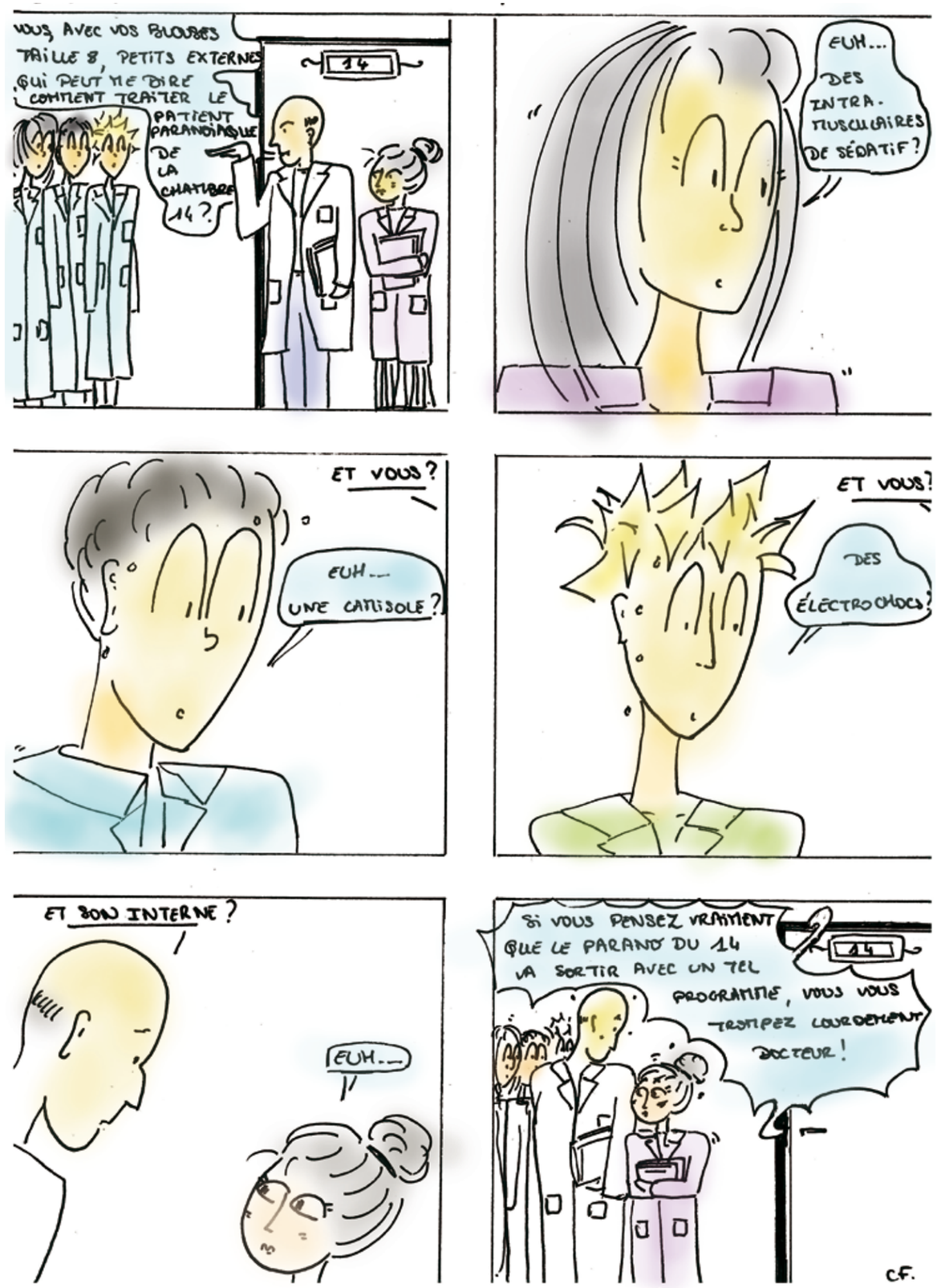
Dans l'exemple de la dépression, le concept a vu ses limites s'étendre et a connu une homogénéisation avec l'unification des concepts de dépressions endogènes et réactionnelles dans le DSM, la question du facteur déclenchant n'entrant plus en ligne de compte. Ainsi, dans le DSM V, le deuil, n'est plus un critère d'exclusion pour porter le diagnostic d'Episode Dépressif Majeur. Si l'on prend l'exemple d'une personne vivant une situation de deuil, on comprend facilement que son vécu puisse être transformé par le fait de recevoir une étiquette diagnostique (sans entrer dans le débat du caractère abusif (ou non) de cette médicalisation (on pourrait dire *biologisation*) de l'expérience).
Ainsi les développements théoriques ont des effets bien réels et participent au façonnement des troubles, tant sur le plan historique (l'évolution des concepts, des diagnostics au fil des époques), que sur le plan personnel (du vécu de la maladie, donc des symptômes eux-mêmes).

Gauthier LE QUANG
Interne en psychiatrie à Lyon
gauthier.wisetwin@gmail.com

Article dérivé d'une présentation aux Journées du Vinatier, sur le thème « Mythologies », le 12 juin 2014.

Bibliographie

1. Bernard C. *Principes de médecine expérimentale*. Paris : PUF, 1947.
2. Bottero A. *Un autre regard sur la schizophrénie*. Paris : Odile Jacob, 2008.
3. Feyerabend P. *Contre la méthode. Esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance*. Paris : Seuil, 1975, 1979.
4. Gaudillière J P. *Inventer la biomédecine : la France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant*, 1945-1965. Paris : La Découverte, 2002.
5. Gonon F. La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? *Esprit* 2011 ; 11 : 54-73.
6. Grenouilloux A. Lever le voile sur la « princesse lointaine », est-ce possible ? À propos de la théorie de la pratique. *L'Information psychiatrique* 2013 ; 89 : 63-71.
7. Hacking I. *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?* Paris : La Découverte, 2001.
8. Healy D. *Le temps des antidépresseurs*. Paris : Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1998, 2002.
9. Healy D. *Les médicaments psychiatriques démystifiés*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier, 2001, 2009.
10. Linde K, Berner M, Kriston L. S. John's wort for major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 ; 4.
11. Miller G. Beyond DSM : seeking a brain-based classification of mental illness. *Science* 2010 ; 327.5972 : 1437-1437.
12. Missa J N. *Naissance de la psychiatrie biologique*. Paris : PUF, 2006.
13. Mignot G. 5 *années d'analyse de médicaments psychotropes dans la revue Prescrire : bilan*. Extrait de la conférence - débat « Pilule d'Or Prescrire » du 17 janvier 2008 : *Marché des médicaments psychotropes : la dérive*. Texte disponible en ligne : http://www.prescrire.org/docus/ConferencePiluleMignot.pdf



AGENDA DES CONGRÈS

Agenda des prochains congrès et colloques

Congrès Groupement d'Etude et Prévention du Suicide et Société Médico-Psychologique

« Le suicide est-il un traumatisme héréditaire ? »

Du 28 au 31 octobre 2014 à Fort-de-France

Tarif interne: 90€ (jusqu'au 20 septembre)

http://www.geps.asso.fr

Congrès Français de Psychiatrie – CFP

« Psychiatrie : changer nos paradigmes »

Du 26 au 29 novembre 2014 à Nantes

Tarif interne adhérent à l'AFFEP : 95€

http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/

13e Congrès de l'Encéphale

Du 21 au 23 janvier 2015 à Paris

Tarif interne: 190€ avant le 1er octobre 2014 (puis 215€)

http://www.encephale.com/Congres/Le-13e-Congres-de-l-Encephale

Toutes les informations sur les congrès et colloques sur

www.affep.fr

FEHAP
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

Choisir de travailler dans le secteur Privé Non Lucratif, c'est...

– participer à l'accessibilité aux soins pour tous,
– dans des établissements et services en pointe de l'innovation,
– sur la base de relations contractuelles souples et personnalisées permettant une véritable compatibilité entre vie professionnelle et vie privée.

Accessible sur le portail de la FEHAP www.fehap.fr, la Rubrique emploi c'est...

... un espace candidats, pour déposer votre CV dans la CVthèque en ligne, consulter les offres d'emploi proposées par les adhérents de la FEHAP, créer vos alertes emploi en fonction de votre parcours et de vos attentes

... un espace recruteur pour consulter les CV, déposer vos offres d'emploi, créer vos alertes et recruter les profils correspondants à vos postes à pourvoir (services réservés aux adhérents FEHAP munis d'un identifiant et d'un mot de passe)

... Des offres validées 2 fois par jour pour un véritable matching entre recruteurs et candidats

Au total, plus de 800 offres d'emplois à pourvoir dans les structures FEHAP et 1 000 CV en ligne !

La FEHAP rassemble 1600 organismes gestionnaires et près de 4000 établissements et services privés non lucratifs, dans les champs sanitaire, social et médico-social.

La FEHAP est partenaire de RéseauProSanté, le réseau social des professionnels de santé.

FEHAP, 179 rue de Lourmel, 75015 PARIS - Tél. : 01 53 98 95 00 / Fax : 01 53 98 95 02
www.fehap.fr

suivez-nous sur le web et les réseaux sociaux

QUI SUIS-JE ?

Saurez-vous retrouver les deux grands noms de la psychiatrie 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 le fils aîné du pope de Riazan, en Russie. Il était destiné à suivre les traces de son père mais passionné de sciences naturelles, il s'inscrivit après un bref passage en Faculté de Droit, à la Faculté de physique et mathématiques de Saint-Pétersbourg. Licencié en 1875, il se spécialisa en physiologie animale à l'Académie de chirurgie et de médecine. En 1895, il fut nommé directeur de l'Institut de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg, où il effectua ses célèbres recherches sur la salivation des chiens qui lui valurent le prix Nobel en 1904. Il prit officiellement sa retraite en 1925 mais travailla jusqu'à sa mort en 1936.

L'autre...

Est né aux Etats-Unis à Susquehanna, en Pennesylvanie. Il suivit des cours de littérature anglaise au Hamilton College de New-York jusqu'en 1926. Influencé par les travaux d'Ivan Pavlov et de John B. Watson, il renonça à sa carrière littéraire pour intégrer l'université Harvard, où il obtint un doctorat de psychologie en 1931. En 1945, il devint directeur du laboratoire de psychologie de l'université d'Indiana.

« *L'idéal du béhavorisme est d'éliminer les contraintes en les remplaçant par des modifications contrôlées de l'environnement* » … d'où la création de sa boîte…

« La réponse : dans le prochain Psy Dech' »

La réponse du précedent numéro

Goffman

Milgram

Déborah Sebbane
Membre du bureau de l'AFFEP

FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

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

WWW.FHF.FR >
OFFRES D'EMPLOI
PLUS DE **30 000**
OFFRES D'EMPLOI
ET PLUS DE **15 000 CV**

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

La Fédération hospitalière de France est partenaire

Réseau PRO RPS Santé

Un site de Macéo éditions

Les Annonces de Recrutement

BRETAGNE

Le Centre Hospitalier Dinan - Saint Brieuc
Recherche pour le Pôle de Saint Brieuc
2 Médecins Psychiatres

Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif, appartenant à la Fondation Saint Jean de Dieu, reconnue d'utilité publique, le Centre Hospitalier Dinan - Saint Brieuc participe au service public hospitalier dans le domaine de la santé mentale. Il exerce sa mission sur les secteurs de Dinan, Lamballe et Saint-Brieuc.

RECRUTONS 2 MÉDECINS PSYCHIATRES POUR LE PÔLE DE SAINT BRIEUC - CDI Temps Plein - CCN 51

LE PÔLE DE SAINT BRIEUC COMPREND :
- 2 secteurs psychiatriques d'intervention (G04 - G05),
- 8 sites d'implantation,
- 83 lits - 39 places,
- Une file active de 4900 patients, 1340 admissions Temps Plein par an,
- Une équipe médicale constituée de 10 médecins psychiatres et généralistes,
- Une équipe pluridisciplinaire intervenant dans les domaines suivants :
  Psychiatrie générale - Géronto-psychiatrie - Addictologie - Urgences - Précarité - Consultations - UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires)...

Côtes d'Armor (22)
Bord de mer
Communauté d'agglomération de 115 000 habitants
PARIS 3h TGV – 4 h Route
Villes universitaires :
RENNES 1H - BREST 1h30

→ **Renseignements complémentaires** : www.chdinanstbrieuc.fsjd.fr

FONDATION SAINT JEAN DE DIEU
Centre hospitalier Dinan / Saint-Brieuc

Candidatures + C.V à adresser à :
Monsieur le Directeur
Centre de Soins Saint Benoit Menni - 8 rue Charles Pradal - 22000 SAINT BRIEUC
Tel : 02.96.87.18.10 / secretariat.direction@hopital-sjd-lehon.asso.fr

BRETAGNE

LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (29) établissement de 1043 lits et 241 places avec des activités MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EPHAD **recherche** afin de compléter l'équipe médicale de son Pôle de Psychiatrie/Addictologie :

DEUX PRATICIENS HOSPITALIERS (H/F) TEMPS PLEIN EN PSYCHIATRIE ADULTE

Le pôle de Psychiatrie/Addictologie (274 lits+ 50 lits USLD, 187 places) comprend 3 secteurs de psychiatrie adulte, un intersecteur de pédopsychiatrie, un intersecteur d'addictologie, une fédération intersectorielle de 50 lits de géronto-psychiatrie, ainsi que 5 services spécialisés à recrutement intersectoriel : Gérontopsychiatrie, Hospitalo-requérants, UPEC/Liaison, Centre de réhabilitation et de réinsertion pour patients souffrant de schizophrénie, Unité pour patients autistes adultes et souffrant de déficiences psychomotrices sévères. (18 psychiatres, 5 médecins généralistes dont un gériatre et un addictologue).

Chaque secteur de psychiatrie adulte est doté de 2 services d'admission), d'un service intersectoriel, de structures extrahospitalières développées (HJ, CMP, CATTP) et d'une équipe mobile d'accompagnement à domicile.

→ ***Région très accueillante, qualité de vie incomparable (bord de mer, vie culturelle, associative, artistique développée, à moins de 4 h de Paris en TGV, 2 h de Rennes, 30 mn de Brest).***

Vous pouvez adresser votre candidature accompagnée d'un CV en réponse à ce courriel ou à l'adresse suivante :
azarrella@ch-morlaix.fr
Centre Hospitalier des Pays de Morlaix - 15, rue de Kersaint Gilly - BP 97237 - 29672 Morlaix Cedex

Annonces de recrutement

ÎLE-DE-FRANCE

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

L'UGECAM Ile-de-France, est un important acteur régional de santé publique qui gère 16 établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le pôle Enfance médico-social composé de 5 établissements qui accueille des enfants et des adolescents présentant des troubles psychologiques, recherche pour ses services :

MEDECIN PSYCHIATRE ET PEDOPSYCHIATRE (H/F)

TYPE DE CONTRAT : CDI (temps partiel)

Pour l'ITEP Mosaïques :
- CDI - 28 heures (Saint-Thibault-des-Vignes)
- CDI - 15 heures (Bois-le-Roi - proche Melun)
- CDI - 8 heures (Sessad de Melun)
- CDI - 8 heures (Sessad de Coulommiers)

Pour l'ITEP le Coteau situé à Vitry-sur-Seine : CDI - 30 heures réparties sur 3 services (Sessad et Cafs à Vitry-sur-Seine et Choisy-le-Roi).

Pour l'IME Solfège, ouverture fin octobre 2014, situé à Boulogne-Billancourt qui accueillera des jeunes (12-20 ans) souffrant de troubles envahissants du développement ou constituant un syndrome autistique : CDI – 16 heures.

Pour le CAMSP situé à Vitry-sur-Seine : CDI - 15 heures.

Entouré(e) d'une équipe dynamique, vous êtes garant du projet thérapeutique, vous animez les réunions de synthèse et de l'équipe pluridisciplinaire, vous recevez les enfants et les familles.

Merci d'adresser votre candidature à l'attention de
Mme CHARPENTIER
gestionnaire RH
au 21 rue Verte
94400 Vitry-sur-Seine

ou par mail :
recrutpoleitep@ugecamidf.fr

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

HÔPITAL DE CANNES

LE CENTRE HOSPITALIER DE CANNES - ALPES-MARITIMES (06)

activités MCO – S.M.U.R – psychiatrie et psychiatrie infanto-juvénile
830 lits - Plateau technique performant : I.R.M, scanner

Le nouvel hôpital de Cannes recrute

UN PSYCHIATRE TEMPS PLEIN

Pour accompagner les projets du pôle de psychiatrie adulte.

Le département de psychiatrie adulte comprend :
• deux secteurs • un centre d'accueil d'urgences psychiatriques de 10 lits • deux CMP

Renseignements : Dr LEROY - Chef de pôle - b.leroy@ch-cannes.fr
Candidature et CV :
Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier de Cannes - 15 avenue des Broussailles - CS 50008 - 06414 CANNES CEDEX
04 93 69 70 01 - 04 93 69 70 69 - direction@ch-cannes.fr

MIDI-PYRÉNÉES

CENTRE HOSPITALIER Gérard Marchant
TOULOUSE & HAUTE-GARONNE
150 ans de soins

Le Centre Hospitalier GERARD MARCHANT à TOULOUSE

Etablissement spécialisé en psychiatrie

RECRUTE
DES ASSISTANTS SPECIALISTES DES HOPITAUX

Cinq postes d'Assistant Spécialisé en Psychiatrie Adulte et un poste d'Assistant Spécialisé en Psychiatrie Infanto-Juvénile sont à pourvoir au 1er Novembre 2014.
Des renseignements peuvent être obtenus auprès de Monsieur le Docteur HAOUI - Président de la CME - Tél. : 05 61 43 78 56 - radoine.haoui@ch-marchant.fr

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

Des renseignements sur les postes peuvent être obtenus auprès des Chefs des Pôles concernés.
- Secteur 1, 2, 6 : Monsieur le Docteur Radoine HAOUI - Tél. : 05 61 43 78 56 - radoine.haoui@ch-marchant.fr
- Secteur 5 : Monsieur le Docteur Pierre HECQUET - Tél. : 05 61 43 45 50 - pierre.hecquet@ch-marchant.fr
- Secteur 8 : Monsieur le Docteur Rémy KLEIN - Tél. : 05 61 43 45 80 - remy.klein@ch-marchant.fr
- Secteur Infanto-Juvénile : Monsieur le Docteur Jean-Jacques JOUSSELLIN
Tél. : 05 61 43 78 72 - jean-jacques.joussellin@ch-marchant.fr

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

A Briançon - Serre-Chevalier - 05 - HAUTES-ALPES

LA FONDATION EDITH SELTZER RECRUTE

UN PSYCHIATRE

en CDI, à temps plein ou temps partiel

Chef de service des unités de Psychiatrie pour 46 lits au sein du Centre Médical Chant'Ours (225 lits) participant au Service Public Hospitalier. Certification V 2010 sans réserve.

Salaire selon la Convention Collective FEHAP de 1951, à partir de 77 000 € brut annuel avant reprise d'ancienneté. Pas de garde, ni d'astreinte.
Etre impérativement inscrit à l'Ordre des Médecins. Possibilité de logement sur site.
Renseignements : Site : ***www.fondationseltzer.fr***
ou Dr François BACH, Directeur au 04 92 25 31 53

Envoi CV par email à : direction@fondationseltzer.fr
ou par courrier à : Fondation Edith SELTZER - 05107 BRIANÇON

MIDI-PYRÉNÉES

CHAC
Centre Hospitalier Ariège-Couserans

Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des pyrénées ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.
Le Centre Hospitalier comprend plus de 1000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles Cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.

CENTRE HOSPITALIER ARIÈGE COUSERANS RECHERCHE

DES MEDECINS
PEDOPSYCHIATRES OU PSYCHIATRES

motivés par la pédopsychiatrie - toutes les candidatures seront étudiées sur poste PH temps plein ou temps partiel - titulaire ou PH contractuel

Adresser CV et lettre de motivation à :
Mr GUILLAUME D - Directeur des ressources humaines et affaires médicales
Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 SAINT GIRONS CEDEX
Tél. : 05 61 96 21 94 - Mail : secretaire.drh@ch-ariege-couserans.fr

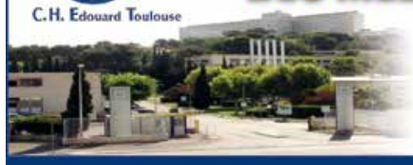
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

C.H. Edouard Toulouse

LE CENTRE HOSPITALIER EDOUARD TOULOUSE A MARSEILLE - RECRUTE

DES MEDECINS PSYCHIATRES

Temps plein - Temps partiel



Contexte : Le Centre Hospitalier Edouard Toulouse est un établissement public de santé mentale situé à Marseille. Implanté sur un domaine de 17 hectares, il est composé de 10 Pavillons d'hospitalisation (232 lits, 40 places en Mas) et de plus de 40 structures extrahospitalières. Etablissement dynamique, il permet la prise en charge de patients (adultes, adolescents, enfants) de 7 arrondissements de Marseille et 2 communes environnantes.

URGENT

Les Candidatures doivent être adressées à la Direction des Ressources Humaines :
118, chemin de Mimet. 13917 MARSEILLE Cedex 15
Ou par mail à christine.decherf@ch-edouard-toulouse.fr - Tél. : 04 91 96 98 24

MIDI-PYRÉNÉES

arseaa
action solidaire

Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte
-reconnue d'utilité publique-

L'ARSEAA, Association régionale en Midi-Pyrénées, intervenant dans le champ social, médico social et sanitaire, auprès de 9000 personnes au travers de 10 pôles et 3 établissements, totalisant 90 M€ de budget et 1600 salariés,

RECRUTE DES MÉDECINS PSYCHIATRES

Pour adresser vos candidatures :
ARSEAA - action solidaire
M. Stéphane PAREIL - Directeur des Ressources Humaines
7, chemin de Colasson - 31081 Toulouse CEDEX
Renseignements :
Tél. : 05 61 19 24 04 / http://www.arseaa.org

Postes à pourvoir immédiatement

Lieu	Structure	Dispositif	Contrat	ETP
Aucamville (31)	Pôle Rives Garonne	SESSAD		0,20
Venerque (31)	Pôle Enfances Plurielles	IME	CDI	0,24
		IME	CDD	0,67
Lourdes (65)	ITEP Béroï	ITEP/CMPP SESSAD	CDI	0,50

Toute candidature sera par ailleurs la bienvenue dans le cadre de remplacements

OUTRE-MER

CHU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION

Le CHU de la Réunion,
site du GHSR à St Pierre recherche pour son Pôle Santé Mentale

des assistants et des praticiens contractuels

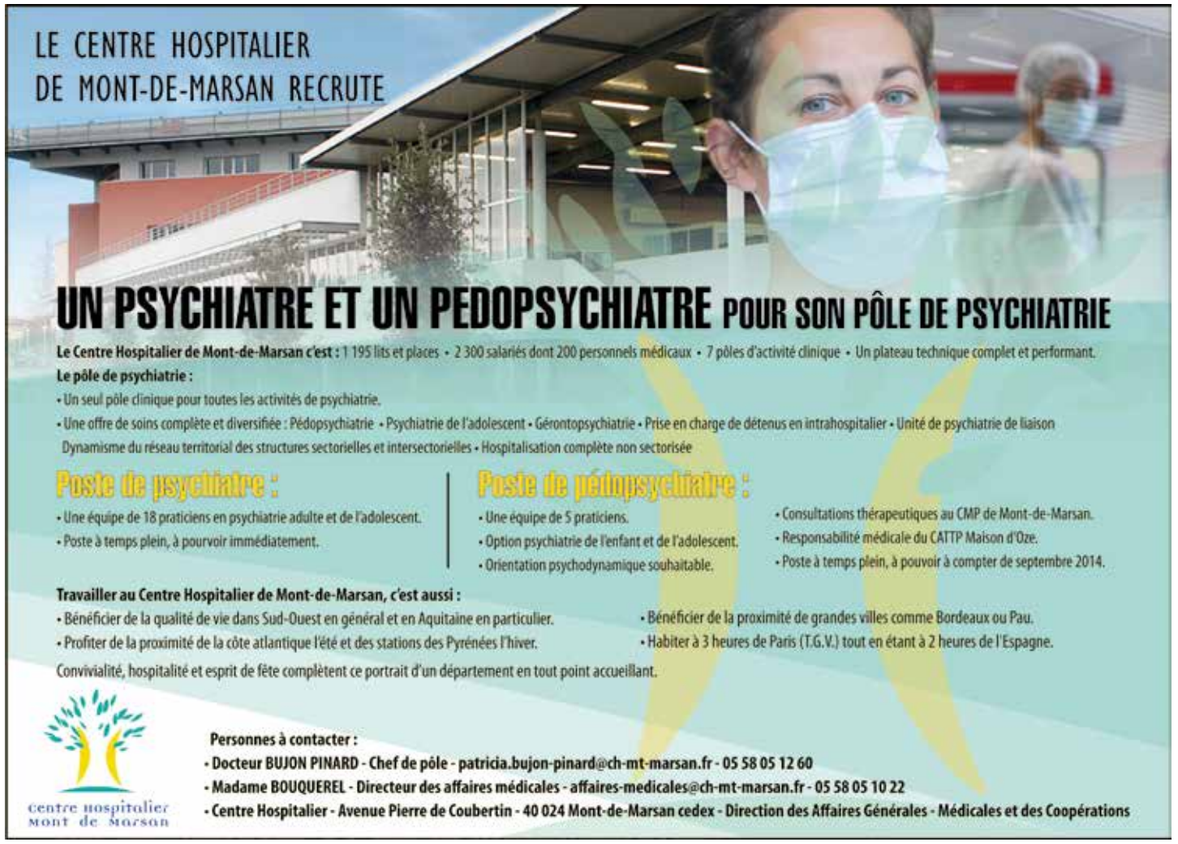
pour les urgences psychiatriques, la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie

Le pôle comporte un effectif médical de 40,7 ETP - Equipes dynamiques
Environnement agréable proche mer et montagne.

Conditions :
Salaire + 40 % indemnité DOM, prise en charge des frais de voyage

Contacts :
- Dr Laurent DENIZOT - chef de pôle - laurent.denizot@chu-reunion.fr
- Mme Mikaële FUMA - Attachée aux affaires médicales
mikaele.fuma@chu-reunion.fr
- CHU de la Réunion - 11,rue de l'Hôpital - 97460 Saint-Paul

AQUITAINE



RHÔNE-ALPES

RHÔNE-ALPES

LANGUEDOC-ROUSSILLON

LANGUEDOC-ROUSSILLON

SUISSE

Rejoignez la communauté des Psychiatres

Sur Reseauprosante.fr

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