



Le Psy Déchaîné

Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie | N°15 - Novembre 2015

L'AFFEP, la grande aventure !





SOMMAIRE

▶ Edito	01
▶ Actualité	02
• Assemblée Générale des Référents AFFEP	
• Poster PPA Europe	
• 2 ^{ème} journée scientifique de la CLIP	
▶ Késako !?!	05
• Interne Médaille d'Or : Pour qui ? Pourquoi ? Quand ? Comment ?	
▶ Focus sur Saint-Etienne	06
▶ Interview	08
• Marion Azoulay : Psychiatrie Légale	
▶ Parole aux patients	10
▶ Articles d'internes	12
• Folie, culture et ethnopsychiatrie : Le risque de l'exotisme à deux sous	
• La santé mentale parlons-en : Un projet intergénérationnel & International	
• Summerschool de Psychopharmacologie	
• La Psychiatrie vue d'ailleurs : Une expérience italienne	
▶ Interne et...	25
• Interne et écrivain	
▶ Congrès	26
• CNIPSY 2014 - Notes de congrès, Partie 2	
▶ BD	30
▶ Agenda des congrès	31
▶ Pour vous détendre	32
• Jeu : Qui suis-je ?	
▶ Annonces de recrutement	36



Présidente :

Bénédicte BARBOTIN, president@affep.fr

Vice-présidente :

Marine LARDINOIS, vice-president@affep.fr

Secrétaire :

Alice VIGNES, secretariat@affep.fr

Trésorière :

Gabrièle MUGNIER, tresorier@affep.fr

Coordination nationale :

Benjamin LAVIGNE, coordination-nationale@affep.fr

Délégués EFPT :

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

Délégués syndicats :

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

Responsable communication :

Camille QUENEAU
communication@affep.fr

Webmaster :

Renan DUPREZ et Romain SAYOUS,
webmaster@affep.fr

ISSN : 2267-2206

Rédacteur en chef : Benjamin Lavigne

Rédacteurs en chef adjoints : Camille Queneau et Audrey Fontaine

Ont participé à ce journal :

Benjamin Lavigne, Alexis Lepetit, Sophie Cervello, Caroline Wietzel, Camille Queneau, Camille Bergot, Olivier Andlauer, Marion Azoulay, Louis Bindler, Renaud David, David Travers, Aude Van Effenterre, Jean-Victor Blanc, Sylvain Leignier et Déborah Sebbane.

Bande dessinée : Charline Perot

1^{ère} de couverture : Benjamin Lavigne, Camille Queneau et Audrey Fontaine

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.



La psychiatrie est décidément multiple

Après avoir tenté d'en donner une (ou plusieurs !) définition(s) dans le dernier numéro, celui-ci continue à survoler de nombreux thèmes aussi variés et fascinants les uns que les autres.

Ainsi, nous irons en Italie suivre les pas de Jean-Victor, un interne y ayant passé quelques semaines, et qui nous ramène ses souvenirs et ses impressions. Nous partirons à la rencontre d'Aymeric qui, en plus de son travail à l'hôpital, passe une partie de son temps libre dans l'écriture, non pas d'articles scientifiques, mais de romans. Nous irons en Afrique, sur les traces de Caroline, passionnée de culture, de sociologie et de psychiatrie, qui nous propose sa vision et sa définition de ce que certains appellent l'ethnopsychiatrie. Et Marion, une ancienne rédactrice en chef du Psy Déchainé, nous expliquera pourquoi elle s'est dirigée vers la psychiatrie médico-légale.

Bien sûr, vous retrouverez également les actualités de l'AFFEP ; la suite et fin du compte rendu du CNIPSY 2014, en attendant celui du CNIPSY 2015 qui s'achève à peine ; la rubrique « Parole au patient » ; ainsi qu'un aperçu de la Summerschool 2015, une initiative des Jeunes Psychiatres du Congrès Français de Psychiatrie.

Ma tâche de rédacteur en chef s'achève, déjà. Les trois numéros dont j'ai eu la charge ne m'ont que plus convaincu encore de cette multiplicité des points de vue au sein de notre spécialité. Et le plaisir que j'ai eu à lire et à préparer ces rubriques me persuade que c'est une chance, et une richesse. Même si les débats sont parfois longs, tendus, voire agressifs ; même si les points de vue semblent parfois si divergents ; et même s'ils renforcent l'image du psychiatre bavard, ces discussions n'en sont pas moins la preuve du mouvement qui s'exerce actuellement dans la psychiatrie.

Et le Psy Déchainé est la preuve que ce mouvement ne se fera pas sans la nouvelle génération !

J'ai été très fier et très heureux de participer à cette belle aventure.

Et je ne suis pas moins fier et heureux de laisser ma place à Camille Queneau, qui m'a accompagné tout au long de cette année, et grâce à qui ces trois numéros ont été si agréables à produire.

Bonne continuation, longue vie au Psy Déchainé, et longue vie à l'AFFEP !

Benjamin LAVIGNE
Rédacteur en Chef

Erratum Psy Déchainé N°14

Un oubli s'est glissé dans notre numéro 14 du Psy Déchainé. Il s'agit de la légende des photographies apparaissant sur la couverture. Nous profitons de ce nouveau numéro pour corriger notre erreur :

A gauche : Photographie d'archive numéro A96.37 : L'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève, carte postale éditée par Faure, non datée. © Coll. Musée dauphinois.

Au milieu : Centre Hospitalier Alpes Isère, Saint-Egrève, avril 2015 (photo C.Queneau).

Assemblée Générale des Référents AFFEP



Le 11 avril dernier se tenait la deuxième Assemblée générale printanière des référents AFFEP. Nous nous sommes retrouvés sous le soleil parisien, au 7 rue du Fer à moulin, dans les locaux que nous prête régulièrement le SIHP.

Comme l'an passé, nous avons commencé la journée en présentant le bureau de l'AFFEP, ses missions et projets en cours, notamment le groupes de travail sur la réforme du troisième cycle, qui a pu donner quelques explications sur l'état d'avancement de ce projet, auquel l'AFFEP est très attachée, dans un partenariat plus que productif avec le Conseil National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP).

Nous avons ensuite pu présenter en exclusivité mondiale le nouveau site de l'AFFEP, que vous avez découvert depuis quelques mois. Ceci a permis de recueillir les premiers avis et commentaires des référents, que nous avons intégrés à la mouture finale.

Après la pause déjeuner, magnifiquement orchestrée par notre trésorière adorée, nous nous sommes retrouvés en petits groupes interrégionaux. Chacun a pu rapporter les difficultés et points forts de sa subdivision, et discuter des projets associatifs, des problèmes rencontrés, et surtout des solutions testées par certains référents !

La fin de l'après-midi a été ouverte à la discussion entre les référents, faisant ressortir une fois de plus les difficultés particulièrement rencontrées lorsqu'un interne est en souffrance dans un stage, avec le manque de coordination et d'homogénéité des prises en charges au niveau national. De quoi motiver plus encore le groupe de travail consacré à ce sujet !

Nous avons conclu en dévoilant le nouveau logo AFFEP, que vous avez découvert dans le dernier Psy Déchainé ! Celui-ci avait été soumis au vote des référents parmi d'autres, et nous étions très heureux de leur montrer le résultat final.

Une journée de travail intensif, mais dans la bonne humeur et les éclats de rire. La suivante a eu lieu fin septembre, au cours du CNIPSY toulousain.

Si vous êtes intéressés, n'hésitez pas à vous présenter comme référent de votre subdivision ! Nous avons besoin de vous !

Benjamin LAVIGNE
Coordination Nationale AFFEP



Poster PPA Europe



Enseignement et pratique de la psychiatrie de la personne âgée en Europe: Résultats d'une enquête conjointe de l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie et de l'European Federation of Psychiatric Trainees



LEPETIT A.^{1,2}, LAVIGNE B.^{1,3}, HERRMANN M.^{1,2}, LEGROS E.^{1,3}, FETEANU C.^{1,4}, PONTAROLLO A.^{1,5}, SEBBANE D.^{1,6}

(I) INTRODUCTION

En 2013, l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) a réalisé un sondage auprès des référents de chaque subdivision d'internat en France pour évaluer le niveau de formation pratique et théorique en Psychiatrie de la Personne Âgée (PPA).

Les résultats ont été discutés par ailleurs, et ont permis la constitution d'un Groupe de Travail consacré à la question de l'enseignement et de l'avenir de la PPA en France.

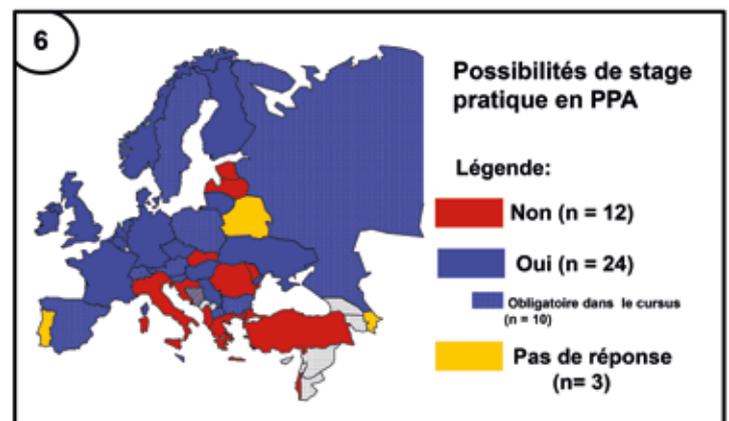
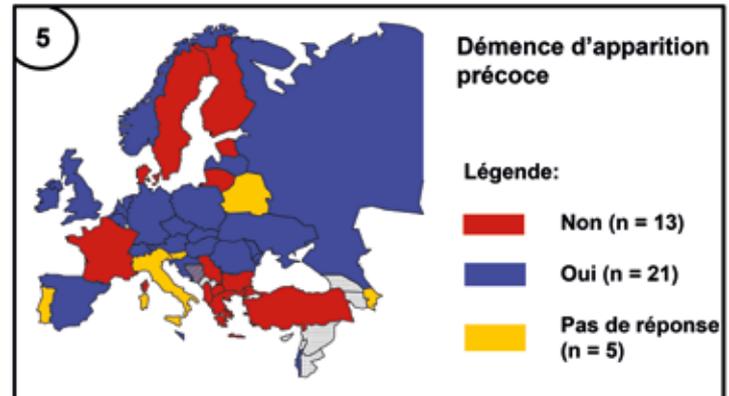
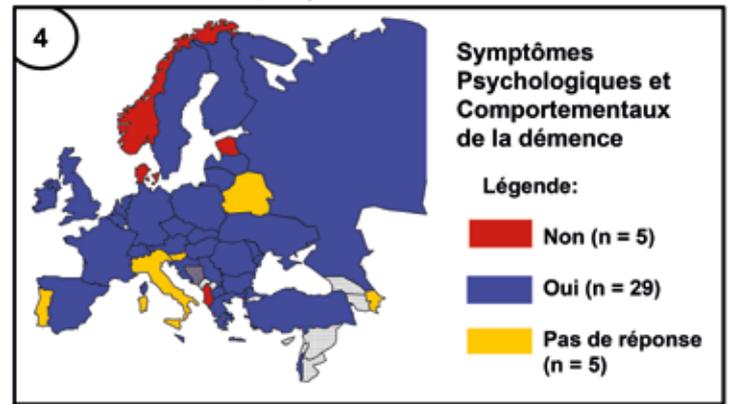
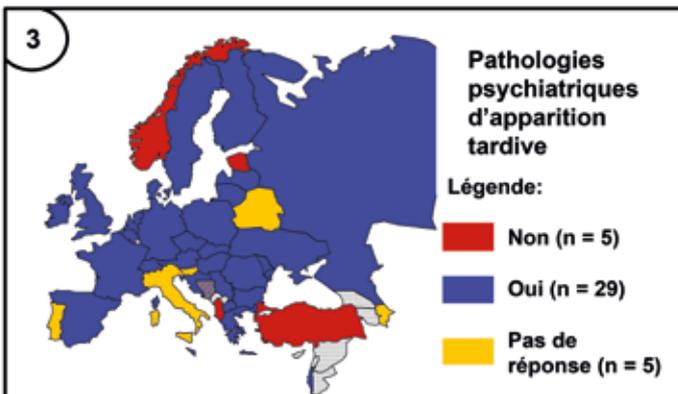
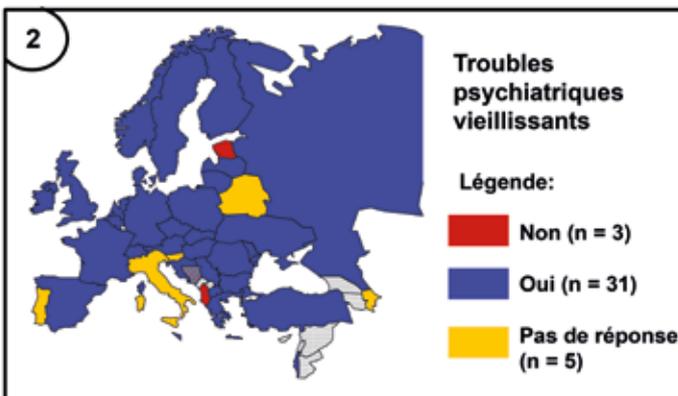
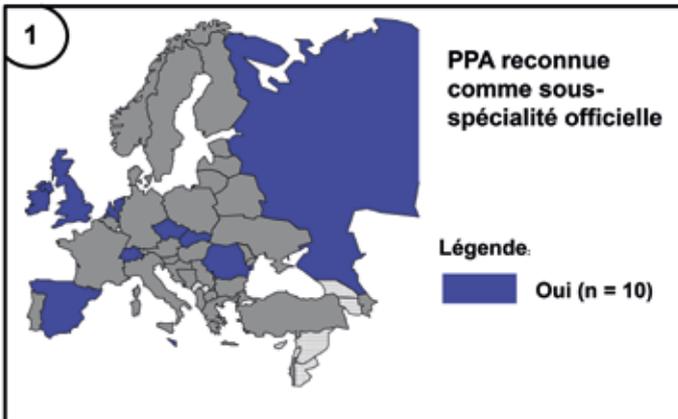
Pour y répondre, il a semblé pertinent d'évaluer ce niveau de formation dans les autres pays européens. Nous proposons ici de reprendre les principaux résultats préliminaires d'un sondage effectué auprès des délégués de l'European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) durant le premier semestre 2014.

(II) RESULTATS

L'ensemble des 39 pays sondés a répondu au sondage ; quelques réponses nécessitent cependant des précisions, et ne sont donc pas présentées ici.

La première carte expose la reconnaissance officielle de la sous-spécialité « Psychiatrie de la Personne Âgée », les quatre suivantes mettent en évidence les pathologies prises en charge par les Psychiatres de la Personne Âgée en fonction des pays. La 6^e carte expose les possibilités pour les internes d'effectuer des stages pratiques durant leur cursus post-gradué dans des services dédiés à la PPA.

Le volume horaire moyen d'enseignement théorique spécifique est de 17 heures sur l'ensemble du cursus post-gradué.



(III) CONCLUSION

Si la PPA n'est encore que minoritairement reconnue comme une sous-spécialité officielle, on constate cependant un accès important à sa pratique au cours de la formation post-gradué en Europe.

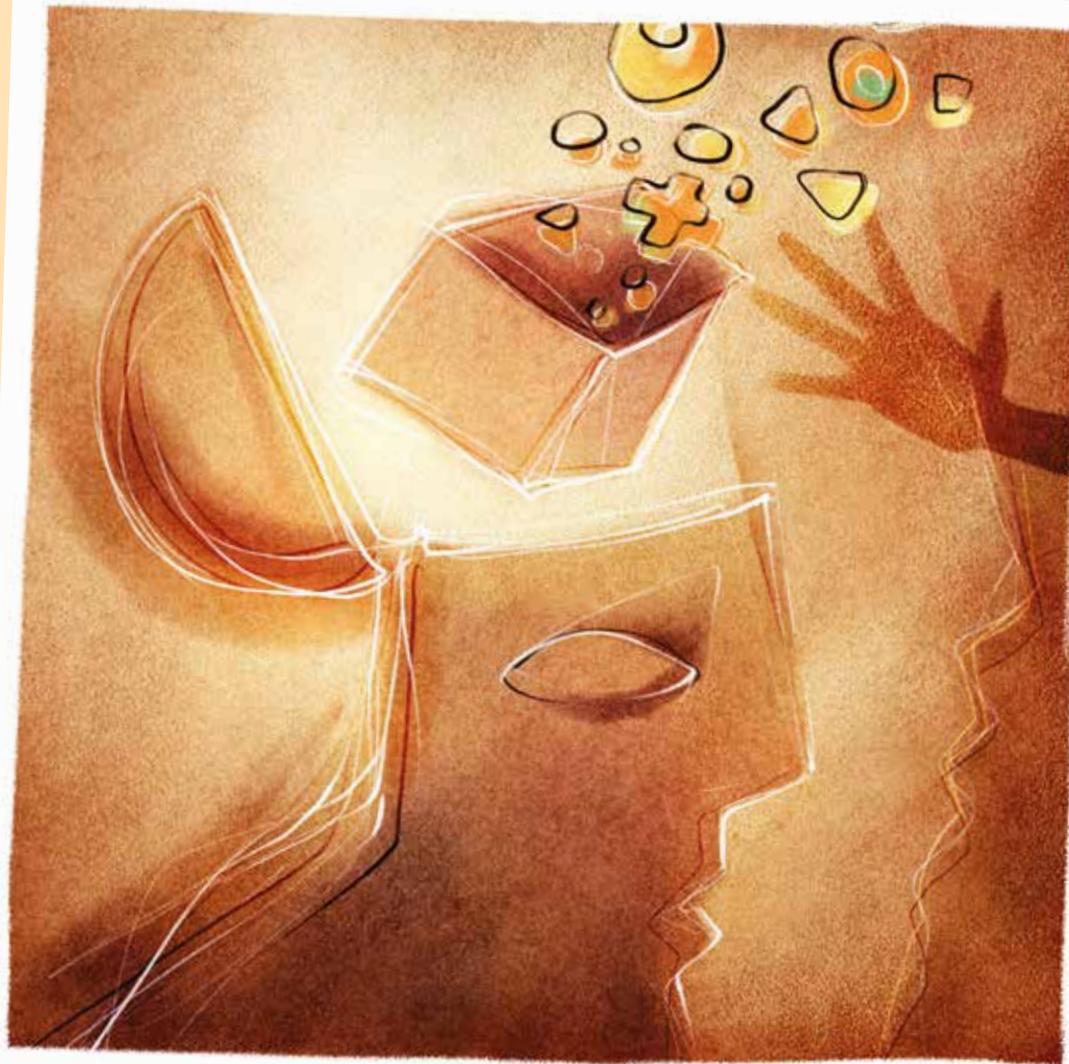
De même, la majorité des pays considère les grands champs de la PPA de manière assez unanime ; seule la démence d'apparition précoce semble poser question, sans doute du fait de l'âge des patients.

Ces éléments permettent d'envisager la création d'un cursus spécialisé de la psychiatrie, dédiée au champ de la Personne Âgée, qui pourrait prendre la forme d'un DESC ou d'une option, si la réforme du troisième cycle devait voir le jour.

1- AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie),
 2 - Centre Hospitalier Esquirol, LIMOGES,
 3 - Centre Hospitalier le Vinatier, BRON,
 4 - Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, PARIS
 5 - Centre Hospitalier Alpes-Isère, ST EGREVE
 6 - Centre Hospitalier Régional Universitaire, LILLE



2^{ème} Journée scientifique de la CLIP



Le 30 juin dernier, la Corporation Lyonnaise des Internes en Psychiatrie organisait sa seconde journée scientifique, portant sur les dispositifs innovants en psychiatrie. L'objectif était ainsi de discuter les nouvelles modalités de soin apparues depuis quelques années, qu'il s'agisse des équipes de psychiatrie mobile et d'intervention précoce ou des prises en charge portées sur le rétablissement et l'*empowerment*.

Différents intervenants (PUPH, psychiatres, psychologues, philosophes, sociologues, pair-aidants..) ont ainsi pu évoquer avec les 150 participants des dispositifs novateurs, porteurs d'une philosophie tournée en direction des personnes atteintes de troubles mentaux et de leur environnement social. Le programme TIPP à Lausanne, l'équipe Psymobile, l'HAD et le Service Universitaire de Réhabilitation à Lyon, les pairs-aidant mis en place à Lille et Chambéry ou les dispositifs marseillais de psychiatrie communautaire sont autant d'expériences du soin qui nous invitent en tant qu'internes à penser la psychiatrie de demain dans sa modernité, sa richesse et sa complexité.

La réussite de cette journée nous incite sans hésitation à poursuivre l'aventure de ces journées d'étude pour l'année 2016.

Interne Médaille d'Or : Pour qui ? Pourquoi ? Quand ? Comment ?



L'interne Médaille d'Or est un dispositif peu connu mis en place par les centres hospitaliers universitaires (CHU) français et permettant de réaliser une année supplémentaire d'interne à l'issue de son cursus normal de diplôme d'études spécialisées (DES).

Cette année supplémentaire s'obtient sur concours ; concours pour lequel toutes les spécialités médicales et chirurgicales sont rassemblées.

Précisons d'emblée que les modalités du concours, le nombre de places et le déroulement de l'année d'Interne Médaille d'Or sont très variables d'un CHU à l'autre.

Dans l'optique du concours, il faut bien souvent réaliser un dossier de candidature décrivant votre projet, exposant votre curriculum vitae et vos titres et travaux. L'appui de lettre de recommandation est vivement conseillé. Une soutenance orale accompagne la plupart du temps ce dossier.

Comme nous le précisons plus haut, il n'y a aucune règle nationale qui régit ce type de concours. Sachez cependant qu'il n'est pas obligatoire d'être thésé avant de prendre son poste d'interne Médaille d'Or, cette année pouvant d'ailleurs parfaitement servir à terminer un travail de thèse. Cependant, la poursuite de travaux scientifiques (mise en place de protocole de recherche dans le cadre ou non d'un Master 2 ou d'une thèse de sciences/sciences humaines) est vivement encouragée. Si vous n'avez pas l'âme d'un scientifique, certains CHU acceptent que vous présentiez un projet de travail clinique innovant (d'autant plus s'il n'est pas déjà proposé au sein de l'institution).

En termes de rémunération, vous percevez généralement celle d'un interne de dernière année de votre spécialité (donc de 4^e année pour la psychiatrie) avec les mêmes primes. Si vous avez votre thèse de médecine, vous pouvez parfaitement prendre des gardes de séniors, dans le cas contraire, vous pouvez rester sur le tour de garde des internes. La question des gardes n'est pas consensuelle, certaines subdivisions n'imposent pas à leurs internes Médaille d'Or de faire des gardes, d'autres le font.

D'un point de vue statutaire, il y a quelques subtilités : « interne Médaille d'Or » n'est qu'un statut de recrutement au sein d'un CHU, un contrat d'un an à part, qui fait bien souvent beaucoup référence au statut de l'interne dans le code de Santé Publique mais ne vous y trompez pas, vous n'êtes plus « interne DES », si vous avez déjà votre thèse d'exercice vous n'êtes même plus étudiant (en médecine en tout cas).

Mais finalement à quoi cela sert-il ? A plusieurs choses en fait : démarrer ou poursuivre un travail de recherche, monter un dispositif de soin innovant, le tout possiblement en attendant un poste qui se libérera l'année suivante. La plupart du temps, l'interne Médaille d'Or dispose d'une très grande autonomie et cette année peut servir (si le règlement local l'autorise) à faire une disponibilité à l'étranger. Les équipes de recherche étrangères apprécient d'autant plus les internes Médaille d'Or qu'ils arrivent avec leur financement et sont donc un « bonus » non négligeable pour leur laboratoire.

Enfin, l'obtention du titre d'ancien interne Médaille d'Or peut être un plus dans un dossier hospitalo-universitaire. Pour l'anecdote, cette mention fait partie des quelques-unes véritablement autorisées à paraître sur votre plaque si vous choisissiez de vous installer un jour en libéral.

Pour conclure, si vous êtes intéressés, nous ne pouvons que vous conseiller de vous rapprocher des Directions des Affaires Médicales de vos CHU qui vous donneront les modalités précises de ce concours. Le calendrier est souvent le suivant : dépôt des candidatures en début d'année civile, concours en mai ou juin, début de l'année Médaille d'Or le 2 novembre. En fonction des subdivisions, les places peuvent être convoitées ou non mais du fait de la rigueur économique qui touche actuellement les CHU français, le nombre de poste Médaille d'Or a tendance à diminuer ces dernières années.

Alexis LEPETIT
Coordinateur Syndical AFFEP



FOCUS SUR SAINT-ETIENNE



Ville grise et triste pour certains, banlieue de Lyon pour d'autres ou bidonville aux « façades couvertes de suie » pour les journalistes du Monde, « Sainté » a en réalité bien des atouts, et accueille chaque année de nombreux internes d'autres villes, pour la plupart conquis, passés les traumatismes d'un choix par défaut et de l'hiver canadien. Petit aperçu de notre ville...

ST ETIENNE A UNE PLAGE...

...Et même plusieurs, en bord de Loire, à quelques kilomètres. Certes, le jeune interne arrivant en novembre découvre, comme le fait chaque année le journal de 20h, qu'il y a de la neige en hiver, mais l'été est chaud et beau la plupart du temps. Tu seras heureux si tu viens de Grenoble et que tu aimes la neige (On aurait même vu dans les années 80 des autochtones faire du ski de fond dans la Grand' rue un jour de grève du déneigement, véridique !), mais aussi si tu es marseillais et que tu vois un flocon pour la première fois. A partir d'avril la ville est plutôt agréable. Nous ne sommes jamais importunés par les touristes, il y a de la place en terrasse, et le prix soviétique de l'immobilier te permet d'envisager d'avoir ta propre terrasse et 2 chambres d'amis pour loger tes amis parisiens jaloux.

LA BALLE AU CENTRE

Au centre de la future super région Rhône-Alpes Auvergne, St-Etienne est plutôt bien localisée. D'ailleurs les patients maniaques le disent bien « Saint-Etienne est le centre du monde », et le patient a toujours raison. En 1h le TER te conduira à Lyon et le TGV peut te déposer à Paris en 3h le vendredi soir pour y passer le week-end. Si tu es plutôt campagne, elle est à 10 minutes en voiture du centre, avec de beaux endroits à pique-nique comme la base nautique de St Victor, les gorges de la Loire, le col de la République, ses nombreuses rando, et sa vue sur les Alpes... Et rappelons aussi que nous ne sommes qu'à 2 heures du ski et 3 de la mer, et que si tu préfères les Caraïbes, l'aéroport de Saint Exupéry n'est qu'à une heure, et tu pourras souvent en profiter avec tout l'argent que tu auras économisé dans le loyer !

COMME ROME, ST ETIENNE A 7 COLLINES...

...Et un festival du même nom. Questions loisirs et culture, il est vraiment possible de ne pas s'ennuyer à Saint Etienne. L'Opéra-théâtre renaît de ses cendres depuis l'incendie de 1998 (oui, on était tous à la coupe du monde, les pompiers aussi), et propose une programmation plutôt attrayante avec chaque année 3-4 opéras, de nombreux concerts avec un excellent orchestre symphonique, des pièces de théâtre, un festival annuel « piano passion », de la danse... La Comédie, qui va prochainement emménager dans un nouveau théâtre offre des pièces classiques ou des créations très honnêtes. Nous avons trois cinémas à Saint-Etienne, dont un cinéma « art et essai » très dynamique. Citons aussi les salles de spectacle dont un zénith depuis quelques années, les musées d'art et d'industrie et de la mine qui entretiennent la mémoire industrielle de la ville, le musée d'art moderne et la cité du design, particulièrement actifs à l'occasion de la biennale internationale du design, dont la 9^{ème} édition s'est tenue cette année. Depuis 2010, Sainté est « ville UNESCO du design », ça fait un peu snob, mais ça nous a beaucoup renarcissisés. Enfin, chaque année tu pourras chiner à la fête du livre les œuvres complètes de Freud.

ALLEZ LES VERTS !



ville de **Saint-Étienne**

Si tu t'endors à l'Opéra et que tu préfères le sport, il paraît que nous sommes assez bons au foot, et tu pourras aller supporter les verts dans le chaudron le samedi soir, puis finir la soirée en boîte de night si tu arrives à la trouver (si on te parle de « La Mine » ça n'a rien à voir avec la tradition houillère de la ville, mais ça a plus à voir avec l'alcool). Tu pourras toujours rentrer à pied de soirée à Saint Etienne, uber n'y a aucun avenir. L'internat est un peu loin du centre quand il n'y a plus de trams, mais tu peux tenter le retour en « véli'vert », ou en VSL si tu es pris en charge à 100 %.

L'INTERNAT EN PSYCHIATRIE

En ce qui concerne l'internat de psychiatrie, nous sommes assez heureux de ne pas avoir à courir les périph' lointaines, les postes les plus éloignés étant situés à Roanne où tu pourras tout claquer chez Trois Gros, et Annonay où finalement le stage est très apprécié. Il y a des possibilités de logement à l'internat dans ces deux villes. L'ambiance est plutôt sympa au sein des promos de psy, de l'asso locale (ASIPSY) et avec les médecins séniors, et si nous souffrons comme beaucoup de la désertification médicale, on ne nous empêche quasiment jamais d'aller en formation ou en cours. L'offre universitaire est assez diversifiée sur l'Inter-région, et nous avons notamment des facilités pour profiter de l'offre de formation lyonnaise compte-tenu de la proximité géographique des 2 villes. Très prochainement, nous emménagerons dans une toute nouvelle fac sur le site du CHU !

Sophie CERVELLO
Référente AFFEP Saint-Etienne



INTERVIEW

Marion Azoulay Psychiatrie Légale



Faisant suite à notre numéro spécial consacré aux missions de la psychiatrie d'aujourd'hui et de demain, nous sommes allés poursuivre notre chemin dans le monde de la psychiatrie légale.

Nous partons donc à la rencontre de Marion Azoulay, assistante spécialiste psychiatre à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) Henri Colin depuis un peu plus de deux ans. Elle a fait son externat et son internat à Paris, et elle a surtout fait partie du bureau de l'AFFEP pendant deux ans, comme trésorière puis comme vice-présidente. Enfin, elle a cofondé la revue du Psy Déchaîné avec le bureau de l'AFFEP en novembre 2010. Ce n'est donc pas sans émotions que nous sommes heureux de la relire dans ces pages. Un grand merci à elle !

1. Quels sont les différents modes d'exercice de la psychiatrie médico-légale aujourd'hui ?

Quand on pense à la psychiatrie médico-légale, on pense à tout ce qui est expertise. Il existe bien d'autres modes d'exercice, il y a les UMD où l'on prend soin des patients médico-légaux. On s'y occupe des patients qui ont commis des passages à l'acte criminels et des personnes placées sous mains de justice. On peut exercer en SMPR, en UHSA ou dans les établissements pénitentiaires où il existe des vacations de psychiatres lorsqu'il n'y a pas de SMPR, ou comme médecin coordinateur dans le cadre des obligations de soins. Dans les services de psychiatrie adulte, on peut être amené à suivre des patients irresponsables pénaux.

2. Comment devrait-on exercer la psychiatrie médico-légale demain selon toi ?

Il existe des écueils à éviter compte tenu de la conjoncture actuelle. Il faut rester centré sur la clinique des patients et refuser d'endosser le rôle de défense sociale que nous impose la société qui aimerait que l'on fasse un diagnostic de dangerosité sur le long terme. Il faut éviter la criminalisation de la dangerosité. Dans les faits divers, depuis l'affaire Romain Dupuy, il y a une sur-médiatisation des passages à l'acte des patients psychiatriques. Un amalgame a été fait à partir de ce moment là. Et l'image des fous dangereux a commencé à être véhiculée. En 2008, je venais de commencer mon internat et j'étais en stage à l'hôpital Erasme d'Antony. J'ai assisté au discours que Nicolas Sarkozy avait tenu dans la ville, discours plus que glaçant. Dans l'hôpital et puis après il y avait une sorte de sidération, parmi les soignants également. Le collectif des 39 s'est créé juste après en réaction à



ce discours. Les choses se sont accélérées en 2008 avec l'affaire de Grenoble, par la suite il y a eu deux ou trois fuites de patients qui avaient fait la une des journaux. Cette stigmatisation des patients m'a interpellée et a marqué le début de mon internat.

3. Pourquoi et comment as-tu choisies de t'intéresser à cette spécialité ? Quelles formations conseilles-tu aux internes s'intéressant à la psychiatrie légale ?

Je me suis intéressée à cette spécialité par hasard. Quand j'étais en 2^e semestre, les deux CCA du service dans lequel j'étais m'avaient parlé d'un DU de criminologie appliqué à l'expertise mentale de Paris-V. Je me suis dit que j'allais m'y inscrire avec une idée floue car je voulais avoir une pratique expertale. Je me disais que ça allait servir ma pratique quotidienne. En 1^e semestre, j'étais au contact de patients en HO judiciaire, je savais que ces bases allaient me rendre service. Quand j'ai commencé ce DU, j'étais à nouveau dans un service de psychiatrie adulte. Pour mon mémoire, j'avais choisi un patient qui revenait d'un séjour en UMD après une tentative de parricide qui avait abouti à un fratricide. Dans le cadre de ce travail de mémoire, j'ai commencé à me documenter et à m'y intéresser de façon un peu plus générale. J'ai voulu ensuite faire un stage en UMD d'Henri Colin de Villejuif en me disant que cela augmenterait ma pratique pharmacologique et m'aiderait à traiter les patients pharmaco résistants. J'ai vraiment apprécié ce stage car il y avait vraiment une grande richesse sémiologique et clinique. J'ai apprécié d'avoir le temps de prendre en charge les patients même si 6 mois étaient finalement peu comparé à l'évolution clinique des patients. La création de l'alliance thérapeutique peut se faire plus facilement.

4. Quelles évolutions s'imposent à ton sens en psychiatrie légale ?

En termes de formation, je pense qu'il faudrait que le DESC de psychiatrie légale se mette enfin en place. Le programme, les intervenants sont prêts. Il faudrait sensibiliser l'ensemble des internes à la psychiatrie légale. De manière plus générale, il faudrait repenser à l'expertise psychiatrique. Qu'on ne demande pas aux psychiatres de se prononcer sur tout et n'importe quoi. Il faudrait valoriser la formation des internes à l'expertise. On ne peut pas s'intéresser à quelque chose dont on ne connaît pas l'existence. On voit des experts qui prennent

énormément de temps pour voir un patient. Qui n'hésitent pas à revoir les patients pour rédiger leurs expertises. Ca n'est pas le cas de tout le monde compte tenu de la rémunération. Cela nous arrive de questionner les équipes soignantes pour la rédaction de l'expertise. Une équipe en charge au quotidien est un bon indicateur. Je suis censée avoir la formation théorique avec mon DU mais je ne me sens pas d'attaquer pour les expertises. Il faudrait s'affilier à un expert chevronné dès le début pour en arriver à la rédaction seule des expertises. Il faudrait développer la recherche en psychiatrie médico-légale, épidémiologique et clinique, peut-être que si l'on publiait plus, les internes auraient plus d'intérêt.

5. Quelle est ta vision de la formation des internes en psychiatrie, comment l'améliorer ?

Il y a des choses qui n'ont pas trop évolué, la formation reste très disparate d'une région à l'autre. Ca reste très hétérogène, tout ne doit pas être formalisé, c'est bien qu'il y ait des spécificités à droite à gauche. Je trouve ça bien qu'il y ait des internes motivés, qui organisent des formations, le Cinépsy se développe à Paris, le thème du CNIPsy de cette année me plaît beaucoup. Je pense que pour améliorer la formation théorique, il faudrait que l'enseignement ne se concentre pas sur l'aspect universitaire, l'enseignement devrait permettre aux internes d'être sensibilisés à tous les pans de la psychiatrie. Je pense à la psychiatrie légale mais aussi à la psychiatrie médico-sociale ou à la psychiatrie libérale.

Dans les séminaires facultatifs, on avait des séminaires spécialisés mais il fallait aller les chercher et avoir envie de les faire. Il faudrait un socle commun à tout le monde pour présenter tous les aspects de la psychiatrie. On devrait donner la parole à des psychiatres qui ne soient pas forcément universitaires pour venir présenter leur mode d'exercice (unité mère-bébé, la psychiatrie de liaison...). Au début de l'internat, il est possible de présenter toute la palette possible de type d'exercice de la psychiatrie. A mon sens, les internes ne doivent pas aller chercher l'info par eux-mêmes, ils doivent d'abord savoir que ça existe. Je pense que ce qui est important dans notre formation, c'est l'enseignement de l'histoire de la psychiatrie. On a encore des gens qui peuvent nous parler de la psychiatrie qu'ils ont connue. Ce ne sera pas toujours le cas.

Propos recueillis par Caroline WIETZEL



Nouvelle rubrique depuis le numéro 13 de votre journal, *Parole au patient* vient de notre envie d'aller à la rencontre des patients dans un autre cadre que celui de notre travail quotidien. Pas un entretien, mais plutôt une conversation avec ceux qui ont l'expérience de la maladie, et des soins en psychiatrie. Dans ce numéro, c'est dans un service de Grenoble que nous avons eu le plaisir d'aller rencontrer MJT, qui a accepté de répondre à nos questions, de nous raconter des petits bouts de son histoire. Nous la remercions de tout cœur.

1. Quel a été votre premier contact avec la psychiatrie ?

Mon premier contact avec la psychiatrie, j'avais 14 ans. C'était après un long voyage en bateau de la Martinique au Havre. J'avais été malade pendant le voyage, je me plaignais beaucoup du ventre. On a cru que j'avais le mal de mer, j'ai vu des médecins de bord qui ne trouvaient pas ce que j'avais. En face de la cabine de mes parents, il y avait un médecin psychiatre à la Martinique qui rentrait en métropole. Il avait dit à mes parents : « Si on ne voit rien, c'est qu'elle fait une crise d'angoisse ». Encore maintenant je souffre beaucoup du ventre, et on me dit « c'est psychosomatique ». J'ai su après que ma mère, en rentrant de la Martinique sur le bateau des années avant, avait fait une tentative de suicide. Est-ce que c'est ça dont je me suis souvenu ?

J'ai commencé à me rendre compte que j'avais une maladie mentale, à l'hôpital Sud quand j'avais 17 ans. Je suis tombé malade pour la première fois, après avoir fait une tentative de suicide. J'y suis restée jusqu'à mes 28 ans, à sortir, rentrer, sortir, rentrer. Depuis j'ai connu également l'hôpital de Saint-Egrève, plusieurs pavillons, je les ai fait tous... ça fait 39 ans de psychiatrie maintenant.

2. Est-ce que vous avez des souvenirs de vos premières hospitalisations, de ce qui vous conduisait à être hospitalisée ?

Je me souviens avoir eu du mal à supporter les relations dans ma famille, ma mère qui pleurait sans arrêt, mon beau-père qui se fâchait, qui me faisait faire l'entremetteuse. Je n'étais pas rassurée dans ma famille.

A cette époque-là, je me faisais du mal sans arrêt. Je me suis mutilée des centaines de fois, j'avalais des médicaments, je connaissais les urgences par cœur. Je me faisais mal physiquement pour arrêter ma douleur psychique. Je voulais être la propre chef de ma tête, je voulais choisir la cause de ma mort, devancer la mort pour vivre.

Je me disais « tu as une maladie mentale », que ma tête était atteinte, que j'arrivais pas à vivre dehors, que j'arrivais pas à travailler, que j'avais peur. Mais je ne m'étais jamais intéressée à savoir ce que c'était ma maladie.

3. Vous vous y êtes intéressée plus tard ?

Oui, il y a 12-13 ans. J'ai demandé à mon médecin « Docteur, je souffre de quoi finalement ? ». Elle m'a dit que je souffrais de schizophrénie. J'ai demandé ce que c'était. Elle m'a dit : « Vous avez une maladie, vous voyez des choses ». Je vois des cercueils passer, j'entends des voix, mais seulement à chaque fois que j'arrête le traitement ! Quand je rentrais chez moi après une hospitalisation, je me disais « Tu es tellement bien que tu vas arrêter les traitements », et hop ! Trois jours après dans mon appartement, je voyais deux cercueils qui passaient, et j'entendais mon père et mon beau-père qui me disaient « Viens nous retrouver au ciel, viens viens viens ». J'ai des moments où je suis pas lucide, elle m'a expliqué que c'est ma maladie qui fait ça.

Parfois j'ai peur, quand j'entends que ce jeune qui a tué un étudiant en pleine ville, il était schizophrène. Mais moi je m'en suis toujours voulu à moi, jamais j'aurais eu l'idée d'en vouloir à quelqu'un.



4. Que pourriez-vous nous raconter de votre rapport aux psychiatres ?

J'ai surtout envie de parler d'un médecin, même s'il y en a eu d'autres avant. Je garde ce médecin en mémoire. Elle est arrivée pour la première fois de son internat dans le service où j'étais. Le jour de son arrivée, c'était la dernière fois que je me suis mutilée. Elle m'a dit d'un air en colère « Madame, j'ai horreur de faire des points de suture mais là vous m'y obligez ! ». Le lendemain elle est venue me voir pour refaire les pansements. Elle s'est investie pour moi, et je me suis dit que je pouvais parler à un médecin sans pour autant me faire du mal. Que je pouvais dire « aidez-moi ». Que ce n'était pas la peine de passer par l'acte pour discuter. La petite interne que j'ai vue, elle en menait pas large au début ! Mais je l'ai retrouvée plus tard, chef de service. Elle m'a appris à demander de l'aide. Parfois juste de pouvoir demander à être en présence d'un soignant, sans rien dire, pour m'aider quand je suis mal.

5. Et votre rapport aux internes, justement ?

Ah les internes ont une grande place dans ma vie ! Parce que j'aime tellement la jeunesse, je me dis que c'est les médecins du futur, qu'il faut leur apprendre. Ça fait 39 ans que je suis en psychiatrie, j'en sais des choses ! Alors ça me fait du bien de parler aux internes, j'ai l'impression de dire mon savoir à des jeunes.

L'interne a aussi une grande place dans notre vie parce qu'il est là aussi pour nous écouter et s'occuper de nous quand on a une douleur physique. C'est important pour moi.

6. Avez-vous observé des changements à l'hôpital psychiatrique depuis 39 ans ?

C'est plus du tout pareil la psychiatrie ! On tient en compte le respect du patient, sa personnalité, sa dignité. Les pavillons sont propres, le repas est agréable. Avant y avait des dortoirs, on faisait la vaisselle, on faisait le ménage, on travaillait à l'atelier. Je me souviens que la cadre infirmière avait le droit de décider de nous mettre en pyjama et de faire faire une piqûre. Je me sentais pas en sécurité.

Ce qui n'a pas changé, c'est que quand on est en psychiatrie on est mal vus par la famille, les amis, on n'a presque plus personne, on est délaissé, on est oublié...

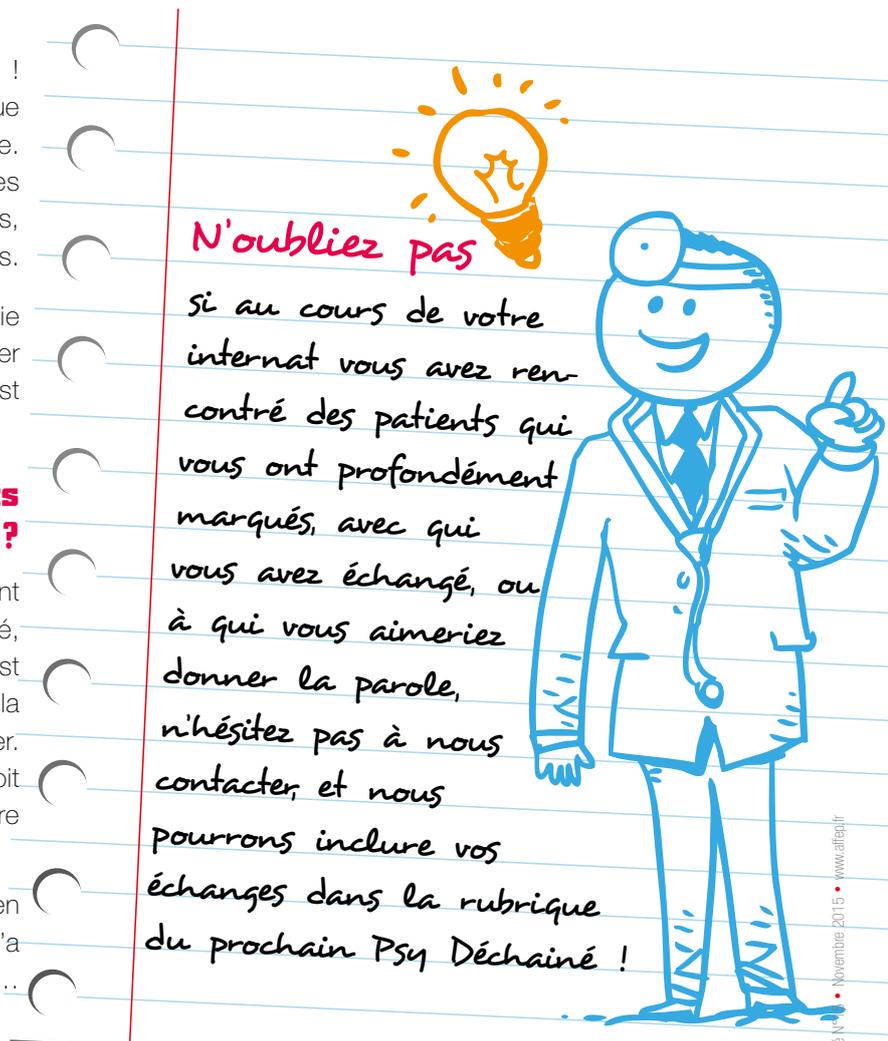
Mais maintenant, la mentalité a changé, à l'hôpital. Le personnel soignant est très compétent. Et ce qui est formidable c'est quand les gens choisissent de travailler en psychiatrie. Ici, dans le service, on voit que quand l'équipe est soudée, ça fait des patients heureux. J'ai quand même envie de partir dans mon foyer de vie ! Parfois je me dis que je suis ingrate, que je vais les abandonner alors qu'ils font tout pour moi... Mais je vais leur écrire... !

7. Quel message souhaiteriez-vous passer aux internes qui nous lisent ?

Simplement merci. Merci d'avoir choisi d'aider les gens qui sont malades psychologiquement, merci d'être tous différents, et d'être souvent là disponibles pour nous, même si vous avez trop de travail !

Je vois ce qui se fait maintenant, un journal dans lequel on peut s'exprimer... La psychiatrie a vraiment changé. Avant, le patient n'avait pas la parole !

Propos recueillis par Camille QUENEAU
Rédactrice en chef adjointe





« Folie », « Culture » et Ethnopsychiatrie : Le risque de l'exotisme à deux sous

L'ethnopsychiatrie, selon celui qui est considéré par tous comme son chef de file, se détache de la psychiatrie transculturelle, qui « permet au psychiatre de continuer à pratiquer le même métier auprès de populations culturellement hétérogènes, de parvenir, par exemple, à un diagnostic de schizophrénie ou de dépression, même dans un monde où le mot – et peut-être jusqu'à la chose – n'existe pas. »¹

Professeur de psychologie, désigné ethno-psychiatre, Tobie Nathan affirme sur son blog que la schizophrénie n'existe pas dans le « monde » africain. Laissant une limite floue entre « monde des esprits » et « monde des humains », son discours laisse entendre que la schizophrénie serait une invention de l'Homme blanc importée en Afrique avec la colonisation.

Invité quasi systématique des émissions de radios qui traitent du sujet de la Folie en Afrique, et multipliant les interviews auprès des magazines de vulgarisation psychologique, il assène auprès du grand public l'idée qu' « un Africain, un Malais, un Indien, un Européen seront malades différemment », et que « les peuples traditionnels ont leur propre psychopathologie ».

Le cerveau des hommes d'origine africaine fonctionnerait-il donc différemment de celui des hommes d'origine caucasienne ? Cette idée absurde est toutefois maintes et maintes fois reprises dans le discours de l'expert autoproclamé des maladies mentales en Afrique.

Selon sa vision dualiste, le psychisme, composé « des esprits, des démons, ou encore des dieux », pourrait être détaché du biologique, vulgairement réduit à « des virus et bactéries, ou des gènes »...

La Folie se traiterait donc en Afrique grâce aux thérapeutes traditionnels, ayant pour fonction « d'éloigner du patient ces êtres maléfiques en les dupant ».

Permettez-moi d'émettre certains doutes face à ce discours dangereux et anti-psychiatrique.

Pour commencer, prenons l'exemple d'un homme d'origine ethnique Peuhl. Il a certes une appréhension du monde, un vécu, et des usages culturels différents d'un homme d'origine française, il n'en est pas moins



un homme avec un organe appelé cerveau, des connexions neuronales et des neurotransmetteurs dopaminergiques qui peuvent dysfonctionner ...

La culture ne domine pas tout, elle ne construit pas davantage l'individu que ne le fait le biologique. Elle fait partie de l'individu au même titre que son histoire familiale, son environnement social et géographique etc.. Les africains ne sont pas constitués que d'esprits et de divinités.

La culture n'est pas non plus ce concept décrit comme figé et immuable : que sont ces peuples traditionnels



dont parle Tobie Nathan ? Peut-on réellement imaginer que les béninois d'aujourd'hui vivent comme leurs grands-parents, et que eux-mêmes vivaient comme leurs aïeux ?

Abordons ensuite ce concept de « Folie », inlassablement utilisé dans les discours ethno-psychiatriques.

Intéressant à une époque où le délire et les comportements psychotiques étaient incompréhensibles et dégagés de toute connaissance médicale, ne devrait-il pas être aujourd'hui réactualisé ?

Figure littéraire qui intrigue et interroge, le Fou fait couler beaucoup d'encre ! A en croire certains, le Fou peut être n'importe qui : de l'original se vêtant de façon excentrique au jeune homme souffrant de schizophrénie...²

Cette définition de la Folie s'étend donc la maladie chronique grave, à la souffrance psychologique, jusqu'à l'altérité individuelle qui, sans être pathologique au sens médical, serait considérée comme socialement « anormale ». Ainsi, la Folie nous concernerait tous. De l'originalité à la schizophrénie, il n'y aurait alors qu'un pas ?

Cette limite floue est maintenue, dès lors qu'on met au même niveau un patient atteint de schizophrénie et une jeune fille violée en grave souffrance psychologique, une « crise de folie » et un « désordre psychologique ».

Les malades psychiatriques ont-ils vraiment à gagner de l'effacement de la dimension médicale de la Folie ? Ne serait-il pas temps de modifier cette définition ? Aider à déstigmatiser la maladie mentale, ne serait-ce pas d'abord la considérer comme une maladie ? Ne serait-ce pas distinguer clairement psychiatrie et psychologie, deux disciplines s'intéressant au psychisme, mais par un abord et pour des fonctions différentes.

L'ethnopsychiatrie est en réalité un abus de langage, et devrait être nommée ethnopsychologie. Que Tobie Nathan s'occupe des souffrances psychologiques des migrants, c'est tout à son honneur... Qu'il éclaire en revanche ses positions pour ne pas jeter d'ombre à la prise en charge des malades psychiatriques en Afrique comme ailleurs.

Travaillant depuis 2013, via l'association SMAO (Santé Mentale en Afrique de l'Ouest), auprès de l'ONG Saint-



Camille de Lellis au Bénin et au Togo, j'ai eu accès à des dizaines, voire des centaines de témoignages de malades. Tous parlent de leur parcours chaotique dans le désert médical psychiatrique. Nombre sont ceux dont les familles ont été ruinées par les séances répétées chez les tradi-thérapeutes et les centres de prières. Faute de traitement, nombreux sont ceux également qui passent de longues années enchaînés à l'écart de leur village, voire dans ces mêmes centres de tradi-thérapie sensés les soigner.

La magie « ancestrale » et les cérémonies « traditionnelles » usant de transes et tisanes botaniques ont peut-être un quelconque effet sur les troubles et souffrances psychologiques. Mais je suis dans le regret de vous affirmer que les marabouts et guérisseurs africains ne détiennent pas plus que nous, « occidentaux », le traitement miracle guérissant définitivement de la schizophrénie (entre autres pathologies psychiatriques chroniques), qui existe bel et bien en Afrique, comme ailleurs.

Certains articles scientifiques évoquent l'itinéraire thérapeutique particulier du patient africain, comme quelque chose relevant de sa spécificité culturelle. Comme si ce nomadisme thérapeutique, entre guérisseurs traditionnels, églises pentecôtistes et médecine « moderne », était le simple fait de leur culture et de leurs croyances magico-religieuses.

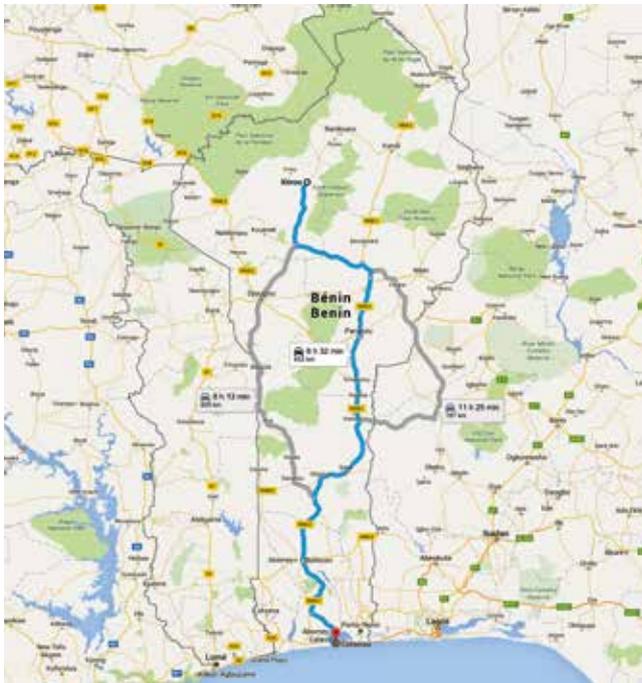
C'est là une des erreurs rencontrées en ethnopsychiatrie : certains focalisent leur regard sur la seule Culture, occultant totalement les dimensions sociale, économique, géographique et politique. En effet, com-



ment imaginer qu'un jeune homme béninois, en proie à un brusque accès de délire, agité, agressif, puisse être emmené par sa famille ailleurs que chez le thérapeute voisin ?

Prenons l'exemple d'Idrissou, à Kérou.

Ville du Nord du Bénin, Kérou se trouve à plus de 600km de Cotonou (sur la côte sud), la capitale du pays, où se trouve le seul centre hospitalier psychiatrique public du pays. Pour y arriver, il faut parcourir déjà 8 bonnes heures de route goudronnée, puis encore 3 à 4h de piste en terre, traverser quelques dizaines de villages de brousse isolés.



Considérons cette route du point de vue d'une famille béninoise :

- ▶ sans moyen de transport propre ;
- ▶ sans moyen financier pour payer
 - le trajet en taxi-brousse jusqu'à Cotonou, pour 2 personnes (le malade, et l'accompagnant), aller et retour ;
 - la consultation auprès d'un psychiatre ;
 - le traitement pour 1 mois ;
 - le tout à repayer à nouveau chaque mois, pour un parent malade et ne pouvant le plus souvent pas travailler, donc totalement dépendant de sa famille ;
- ▶ dans un pays où l'Etat ne développe aucune politique de santé mentale, ni ne finance évidemment d'AAH, ni de CMU, ni même de Sécurité Sociale ;

- ▶ Cette famille, vivant dans un village aussi éloigné des soins, n'a probablement même pas l'idée qu'un centre psychiatrique existe quelque part, ni même l'idée que les comportements « bizarres bizarres » de leur proche relève d'une maladie, qui se soigne.

Idrissou est tombé malade lorsqu'il avait environ 20 ans. Délire, agitation, bizarreries : un tableau typique de premier épisode délirant, comme on en voit chez nous tous les jours. Amené chez les guérisseurs, la maladie a fini par se calmer quelques mois plus tard, mais « c'est revenu ». On a probablement dit à la famille qu'Idrissou était envoûté : les raisons peuvent être multiples (un père gagnant trop bien sa vie, une voisine ou une tante jalouse, une vengeance, Idrissou étant même peut-être l'ensorcelleur ensorcellé...) Quoiqu'il en soit, son état s'est aggravé d'année en année, Idrissou se mettant en retrait de sa communauté, et entrant dans des états d'agitation délirante récurrents. Il y a 12 ans, au cours d'un épisode particulièrement violent, les consultations en médecine traditionnelle ne faisant rien contre son agressivité, sa famille n'a pas eu d'autre solution que de l'attacher. Il est resté ligoté pendant 12 ans, pieds et mains liés avec une corde et des fers.

Il a été emmené par son frère à la consultation de psychiatrie organisée pour la première fois à Kérou en mars 2015 par l'ONG Saint-Camille de Lellis : dans un état d'incurie gravissime, cachectique, les doigts gonflés par des anneaux de fer qu'il avait du ramasser par terre et s'enfoncer aux mains, des yeux d'animal apeuré... Sous le regard interloqué des enfants du village, restés à distance raisonnable, Idrissou a été détaché, rassuré, emmené pour les premiers soins : une injection qui l'a apaisé, et a permis qu'on le lave, qu'on lui rende son apparence humaine. Il est revenu 3 jours de suite au centre de soins, amené par sa famille, pour poursuivre les soins, libre de ses mouvements.

Cela leur a coûté 2000 Francs CFA pour 1 mois, quelques courts aller-retour dans le centre de soins qui se trouve à quelques minutes de leur domicile, lorsque la seule consultation en psychiatrie publique et les médicaments mensuels en pharmacie leur auraient pris 15000 Francs CFA et 2 journées de voyage.



Peut-on réellement continuer à affirmer que les africains choisissent les soins traditionnels pour leur efficacité et leur croyance magico-religieuses ? Qu'ils n'ont rien à gagner de l'apport de savoirs médicaux psychiatriques ? Que notre « modernité » va détruire leur Savoir ancestral, transmis de génération en génération ? Faisons donc un pas en arrière et réinterrogeons les concepts ethnopsychiatriques évoqués par Tobie Nathan, aveuglément séduisants car ils nous parlent d'une « Folie » dont les sagesses ancestrales africaines sauraient que faire, et que nous, psychiatres occidentaux, tantôt colons fascistes, tantôt diables au service des firmes pharmaceutiques, tenterions de détruire à coup de psychotropes.

Une voie médiane existe pourtant : celle du réel et de la pratique du terrain, qui nous dit que des hommes et des femmes souffrent enchaînés au fond de leur village, parce que nous psychiatres occidentaux, préférons respecter la Culture traditionnelle africaine et théoriser sur de nouvelles thérapeutiques issues de celle-ci, plutôt que d'affirmer que la schizophrénie existe en Afrique comme en France, qu'elle a une part biologique évidente et connue, et que quelqu'un qui en souffre peut être soulagé par l'administration d'un médicament. Certes moins exotique que les transes N'Doep et les rituels de dépossession, cette étape est pourtant le premier pas nécessaire pour l'insertion des malades dans leur communauté.

Car non ! Les individus atteints de schizophrénie n'ont pas plus naturellement leur place dans les villages en Afrique que dans nos villes en France.

Oui ! Ils y sont stigmatisés comme chez nous. Cette stigmatisation ne vient pas du regard qu'on leur porte,

nous ne sommes pas plus intolérants en France qu'en Afrique. Cette stigmatisation vient de la maladie elle-même, du trouble et du décalage qu'elle engendre dans la relation à l'autre, en Afrique comme en France.

La Culture n'est pas un concept figé. Elle est mobile, en perpétuel bricolage, comme l'enseigne Levi-Strauss. Il est vain de figer l'Afrique dans une Culture ancestrale immuable : l'Afrique moderne est le produit de son ancestralité et de son évolution actuelle. Preuve en est : certains « tradi-thérapeutes » utilisent aujourd'hui des grigris faits de cassettes vidéo et de matériaux recyclés.

Apporter des soins psychiatriques en Afrique ne reviendra jamais à « tuer » la Culture africaine. La Culture n'est pas un simple objet que l'on détruit ou que l'on écarte. La médecine psychiatrique n'est pas si puissante ! Elle est tout juste un moyen de soigner et de redonner une chance à des hommes, craints et ignorés de tous, et qui, bien que soignés par des médicaments, continueront d'avoir des croyances, des coutumes, des rites.

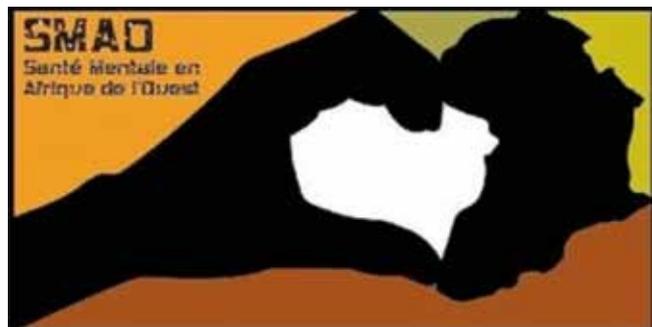
Camille BERGOT

Interne de psychiatrie à Montpellier
Vice-Présidente de l'association SMAO

1. <https://tobienathan.wordpress.com/conferences/conferences-de-saint-denis-ethnopsychiatrie-2/>
2. Emission France inter : <http://www.franceinter.fr/emission-tea-time-club-etre-fou-un-peu-beaucoup>

SMAO Santé Mentale en Afrique de l'Ouest

Pour plus de renseignements sur les projets en cours, les prochains évènements, les démarches à faire pour nous soutenir ou pour intégrer l'association Santé Mentale en Afrique de l'Ouest...



www.africapsy.com

www.facebook.fr/assosmao

assosmao@gmail.com



La santé mentale parlons-en :

Un projet intergénérationnel & international



L'International Mental Health Congress (IMHC) s'est déroulé dans notre jolie ville de Lille du 28 au 30 avril sur le thème de la « santé mentale pour tous ».

L'Association Lilloise de l'Internat et du Post-internat de Psychiatrie (ALI2P) a eu la chance d'y participer, en animant une discussion virtuelle, à la rencontre des congressistes, venus des quatre coins du monde et issus de différentes générations. L'objectif était de partager des réflexions, des expériences, et des idées sur divers sujets autour de la santé mentale, en invitant chaque personne à rebondir sur ce qui avait été dit par la précédente.

Vous trouverez dans ces quelques pages le résultat de notre projet, on vous souhaite une bonne lecture !

QU'EST-CE QUE LA SANTE MENTALE ?

Senior : Il n'y a pas vraiment de définition. Chaque praticien a la sienne. Même si une définition consensuelle existe, donnée par l'OMS, nous ne sommes pas forcément en accord avec.

Junior : Je suis d'accord avec ça, chacun a sa propre définition. Pour moi, c'est le sentiment qu'on a quand on contrôle sa vie.

Senior : La santé mentale n'existe pas. Il y a des maladies mentales et la santé mentale ne fait pas partie de la psychiatrie.

Junior : En fait, je pense que cela a plus à voir avec le bonheur.

Senior : Les jeunes se plaignent d'être malheureux et c'est un vrai problème, mais ce n'est pas une maladie telle qu'elle est considérée par le CIM.

Junior : Quand tu as la santé mentale, alors tu n'es pas malade.

Junior : L'approche du praticien devrait être plus humaniste et pas seulement clinique.



Senior : Je suis d'accord. De plus, nous (les psychiatres) devrions prescrire moins de médicaments, particulièrement pour les patients psychotiques. Nous devrions nous intéresser plus aux pratiques chinoises et africaines : ils sont plus focalisés sur le patient en tant que personne, selon mon opinion.



COMMENT LA RELIGION INFLUENCE-T-ELLE LA SANTE MENTALE ?



Senior : La pratique de la religion peut limiter l'accès aux soins psychiatriques, comme on peut le voir à Madagascar et dans beaucoup d'autres pays, où il y a peu de psychiatres et où les psychotiques sont souvent socialement exclus. Cela peut mener à une lutte de pouvoir entre d'un côté la religion, et de l'autre la psychiatrie.

Junior : La religion est une sorte de confort pour certains, elle peut être apaisante et source d'échanges. D'un autre côté, la religion peut aussi nourrir des délires.

DE QUOI AVONS-NOUS BESOIN POUR SE SENTIR EN BONNE SANTE MENTALE ?

Senior : Ne pas se sentir déprimé, être bien intentionné et cohérent avec les patients (en tant que professionnel).

Junior : J'imagine... Le soutien social. Savoir où trouver facilement les informations quand je ne me sens pas bien ou pas en bonne santé mentale. Se sentir compétent, avoir une bonne estime de soi.

Senior : Je suis d'accord, et j'ajouterais avoir un travail satisfaisant et stable. Pour un **Senior** qui fait de la recherche, cela est très important.

Junior : Je suis d'accord avec le soutien social et la stabilité. Mais j'ai aussi besoin d'avoir un objectif. Rendre à la communauté ce qu'elle m'a donné... L'humour ! Gérer le stress (par la relaxation, les loisirs, en appelant des amis). Et enfin, pour certains, une vie spirituelle j'imagine.



Senior : Je dirais « contrôle ta vie », prends des décisions positives ou juste des décisions. Avoir parfois une vision large des choses.

Senior : Trois choses. Tout en équilibre. Utiliser et exercer ses talents, les choses pour lesquelles vous êtes bon. Prendre le temps d'apprécier les choses... Et venir à Lille !!

EST-IL POSSIBLE DE PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE ?



Senior : Cela est très difficile du fait du stigma présent partout. Nous considérons facilement ceux en mauvaise santé mentale comme étant responsables de leur état, et ils sont décrits comme des personnes faibles.

Junior : Je suis d'accord avec le gros problème concernant le stigma, mais, à mon sens, les choses s'améliorent avec la jeune génération. Donc, oui ça l'est, mais la santé mentale est proche du bien-être et est ainsi compliquée à définir, et il n'est pas possible de la rétablir comme l'on voudrait.



SOMMES-NOUS EN MEILLEURE SANTE MENTALE QU'AUPARAVANT ?

Senior : Il y a une amélioration des marqueurs de santé, excepté en santé mentale. Par exemple, la première cause de décès maternel post-partum en France est le suicide, avant même les complications obstétricales. Les gens sont maintenant plus réceptifs à la maladie mentale, et les maladies sont mieux diagnostiquées. Il est important de dissocier le nombre de personnes malades et la façon dont elles se remettent d'une maladie mentale. Il y a de grands progrès dans la prise en charge de ces personnes de nos jours.

Junior : En fait, il y a une amélioration dans le traitement et le diagnostic des maladies mentales, mais nous ne sommes certainement pas plus heureux qu'auparavant. De nos jours, il y a un manque de communication entre les gens, et les psychiatres/médecins généralistes ne peuvent pas se substituer aux amis et à la famille. De plus, il est difficile de dire que nous sommes en meilleure santé mentale qu'auparavant car il n'y a pas de marqueurs objectifs de bonne santé mentale.

Senior : De nos jours, il y a un sentiment de malaise global. Les gens ont une meilleure perception subjective de la santé mentale. Mais il y a un changement majeur concernant l'image de la maladie mentale. Il est maintenant reconnu qu'on peut avoir des interactions sociales en étant malade mental. La maladie mentale n'est plus résumable par cette phrase: « Fou un jour, fou pour toujours ».



QUEL EST LE MEILLEUR ENDROIT AU MONDE POUR LA SANTE MENTALE ?



Junior : il n'y a pas de meilleur pays, mais le meilleur endroit serait un endroit où les gens peuvent s'exprimer à travers un moyen, un art, par exemple la sculpture. Cet endroit serait en dehors des structures psychiatriques.

Senior : Ce serait un pays économiquement stable avec un écart faible entre les revenus, par exemple les pays scandinaves.

Senior : Cela dépend de comment on définit la bonne santé mentale. Si on considère les soins psychiatriques, la France est le meilleur endroit car elle a le plus de psychiatres par habitants. Si on considère le bien-être, cela dépend de nos croyances personnelles.



COMMENT LA CULTURE INFLUENCE-T-ELLE LA SANTE MENTALE ?

Senior : Je ne pense pas que la culture influence la santé mentale. Cependant je pense que l'expression des maladies mentales change en fonction de la culture.

Junior : Je suis d'accord. J'ai un exemple en tête : j'avais un patient africain avec un délire à thématique religieuse. Le diagnostic de schizophrénie était difficile : s'agissait-il d'une croyance normale dans sa culture ? Ou de l'expression d'une maladie ?

Junior : A travers les croyances et votre façon de voir la santé mentale. Il y a une stigmatisation autour de la santé mentale, qui est aggravée par la façon dont les gens peuvent être hospitalisés et traités en psychiatrie. Les soins psychiatriques gagneraient à sortir de l'hôpital, pour améliorer leur image.



CHOCOLAT SEXE ET SOLEIL : DES SOLUTIONS POUR AMELIORER SA SANTE MENTALE ?

Senior : Le chocolat vous fait sentir bien mais n'améliore pas la santé mentale, c'est pareil pour le sexe et la lumière naturelle. Si je devais choisir entre les trois, je prendrais la lumière naturelle.

Junior : Oui ! Même s'ils ne durent qu'un instant, ils contribuent à la santé mentale.

Senior : Oui, ils vous font sentir bien, mais ne soignent pas les maladies mentales. Le chocolat et le sexe vous font sentir bien grâce à la sécrétion de phényléthylamine. Le sexe peut donc être remplacé par le chocolat !

COMMENT PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE ?

Senior : A l'école... Peut-être en enseignant un « kit de premiers secours en santé mentale » comprenant des cours sur « comment réagir devant un ami qui a l'air triste ».

Senior : En racontant des expériences de rétablissement, spécialement les célébrités. En affichant que les problèmes de santé mentale sont courants.

Junior : Nous pourrions faire savoir que la santé mentale est aussi importante que la santé physique, et que nous devons prendre les mêmes précautions pour la rétablir.



COMMENT PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE A L'ECOLE ?

Junior : Des cours sur le bien-être, seul et ensemble.

Senior : Le bien-être n'est pas précis. Il serait plus judicieux de lutter contre l'idée de la « folie » et le stigma. Les troubles mentaux sont une maladie et non un choix. Tout le monde pourrait en souffrir.

Junior : Comment vivre ensemble, malgré nos différences.

Senior : « Bien » vivre ensemble.

Junior : En enseignant l'empathie. En parlant des outils. En découvrant les maladies mentales en lisant par exemple, ou grâce à des jeux de rôle.

Senior : Au Royaume-Uni, il existe une activité où le bébé enseigne aux enfants, sur les émotions et l'empathie.

Junior : Oui, apprendre à reconnaître les émotions peut aider les jeunes gens. Je le fais avec mon petit garçon. Une autre idée : en travaillant avec le CLSM

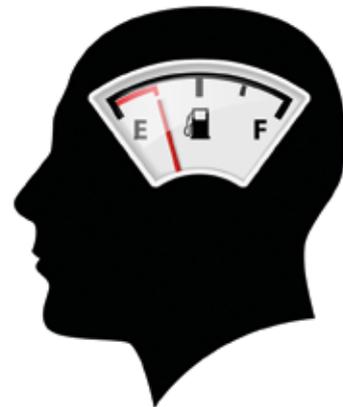


(Comité Local de Santé Mentale). Créer des liens entre les politiques et les acteurs de la santé mentale pour promouvoir la santé mentale.

EST-IL NECESSAIRE D'ETRE EN BONNE SANTE MENTALE POUR PRENDRE SOIN DE L'AUTRE ?

Junior : Principalement non : nous ne nous sentons pas toujours en bonne santé mentale et celle-ci fluctue. Toutefois, nous sommes capable de prendre soin des autres. Les aidants sont l'exemple qu'il est possible de prendre soin de la santé mentale de quelqu'un d'autre sans être pour autant totalement en bonne santé mentale. Et ils sont d'une grande aide.

Senior : Je suis d'accord. De plus, cela dépend qui vous considère comme étant en « bonne santé mentale » : vous-même ou la personne en face de vous.



Nous avons ainsi pu recueillir des réponses intéressantes sur des thèmes variés, sources d'approfondissements, offrant aux participants un réel espace d'expression et de partage autour de questionnements et d'enjeux en santé mentale. Ce fut en effet une expérience qui pousse à s'interroger sur la situation actuelle, comment l'améliorer, comment voir les choses d'un autre point de vue et ainsi pouvoir reconsidérer le sien.

Devant l'enthousiasme suscité par cette intervention, aussi bien au niveau des congressistes que les membres de l'ALi2P, nous renouvelerons l'expérience lors du Congrès Français de Psychiatrie (CFP) qui se déroulera à Lille du 25 au 28 novembre 2015.



Nous espérons avoir le plaisir de vous y rencontrer et recueillir votre avis sur des problématiques actuelles en psychiatrie, par le biais d'un interne Lillois qui vous accueillera avec un grand sourire, ou autour d'une table avec un bon café, ou chicorée !



Summerschool de Psychopharmacologie, Paris, Juillet 2015 : première promotion !

Du 1 au 4 juillet 2015 a eu lieu à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris la première Summerschool de Psychopharmacologie sous l'égide du Congrès Français de Psychiatrie (CFP), permettant ainsi à 30 jeunes psychiatres d'approfondir leurs connaissances pratiques sur la prescription des psychotropes.

Que faire début juillet en France pour se protéger de la canicule ? Avaler un glaçon toutes les quinze minutes ? Porter une barboteuse imprégnée d'azote liquide ? Que nenni ! La seule solution valable : s'enfermer trois jours durant dans la fraîcheur climatisée de la salle de cours de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) à l'hôpital Sainte-Anne. C'est de ce traitement de faveur qu'ont pu bénéficier trente jeunes psychiatres désireux d'approfondir leurs connaissances pratiques dans la prescription des psychotropes.



Cette première édition de la Summerschool de psychopharmacologie est une initiative du comité jeunes psychiatres du CFP, que vous avez peut-être déjà rencontré sur le Lounge des jeunes psychiatres, avec les représentants AFFEP, lors des deux dernières éditions du Congrès Français de Psychiatrie à Nice et à Nantes, et a bénéficié du soutien financier de l'association « Psy et Psy » pour la restauration et l'hébergement des participants et l'invitation des orateurs.

L'objectif principal de cette école d'été est de réunir des jeunes psychiatres thésés de toute la France, hospitaliers et libéraux, souhaitant améliorer leurs connaissances essentiellement pratiques et confronter leur expérience en petit comité, en évitant une énième formation souvent jugée trop théorique. Au programme de cette sum-

merschool, des interventions sur les différentes classes pharmacologiques (antipsychotiques, antidépresseurs, les associations médicamenteuses,...), mais également des focus sur des populations cibles (l'enfant et l'adolescent, la personne âgée, la femme enceinte), une approche sur la prise en charge psychopharmacologique des troubles de personnalité et de la prescription hors recommandations, avec mises en situation pratique au travers de cas cliniques traités en petits groupes. Une réflexion sur l'éthique de la prescription en psychiatrie et sur les aspects juridiques de celle-ci a également été proposée.



En Juillet 2016, l'*aedes albopictus* (aussi appelé moustique tigre) aura colonisé Paris exposant ainsi chacun d'entre nous au redoutable double effet kiss-hot caniculo-chikungunyesque. Si vous voulez survivre, venez donc vous enfermer avec nous début juillet 2016 dans la salle climatisée, moustiquaire incorporée, de la CMME et écouter de brillants spécialistes de la psychopharmacologie en sirotant un mojito (euh non, faut pas exagérer quand même) !

Par le Comité Jeunes Psychiatres du CFP

Olivier ANDLAUER, Marion AZOULAY, Louis BINDLER, Renaud DAVID, David TRAVERS et Aude VAN EFFENTERRE



La Psychiatrie vue d'ailleurs : une expérience italienne



Si le système de soins psychiatrique français est considéré comme relativement bon dans son ensemble, il en reste néanmoins largement perfectible.

Une des critiques qu'on pourrait lui adresser, et qui est valable pour l'ensemble de notre éducation médicale, est le manque d'ouverture vers l'extérieur. Les expériences à l'étranger sont ainsi rares, difficiles

Rappel historique

C'est à Trieste qu'est née la réforme du système italien de soins en psychiatrie, dite « Loi 180 ». Aux portes de la ville, dans le Parc San Giovanni, siégeait alors un des plus grands asiles du pays. Environ 1200 aliénés y vivaient, dans des conditions déplorables, et dont le traitement consistait principalement en l'éviction sociale notamment à travers la déchéance des droits civils pour qui y était interné.

Franco Basaglia, jeune psychiatre exerçant dans la région, a dans ce contexte développé puis appliqué un mode de pensée radical. Bien que complexe

à mettre en place et in fine très peu valorisées par le système universitaire.

Ce qui est regrettable -a fortiori en psychiatrie- où de grandes différences dans les pratiques existent, véritables reflets des bagages historiques et sociaux nationaux.

Pourtant des initiatives existent, comme celle de l'EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees), fédération regroupant les associations nationales d'internes européens. L'Exchange Program propose ainsi un ensemble de stages d'observation dans 13 pays européens. S'il s'agit de courtes périodes (4 à 6 semaines), l'immersion est suffisante pour pouvoir s'imprégner d'un système, s'agissant de stages principalement cliniques.

Ayant eu la chance de pouvoir bénéficier de ce programme dans le cadre d'un stage à Trieste en Italie, c'est un retour d'expérience qui est ici proposé. Il est assorti de quelques réflexions, qui n'ont aucune prétention d'exhaustivité, mais sont bien nées de rencontres singulières.

Parfois qualifié d'un lapidaire « pays de l'anti-psychiatrie », il apparaît vite que la réalité de la psychiatrie italienne est bien entendu plus complexe, et qu'on ne peut résumer ainsi ce modèle de soins. D'autant moins qu'il faut rappeler, si nécessaire, qu'il a été source d'inspirations pour nos réformes menant à la création de la sectorisation des soins.

-et donc synthétisable qu'aux moyens de simplifications- le postulat sur lequel se base ses réflexions est que l'hôpital psychiatrique est par essence néfaste. L'institution devient le lieu de « l'anéantissement de l'individualité » et de « l'objectivation totale du patient » [1], cette marginalisation en dehors de la société aboutissant à la chronicisation des troubles.

Plus avant, les soins prodigués sont considérés comme une violence, qui reproduit in situ, à l'hôpital, la violence sociale dont sont victimes les personnes atteintes de troubles psychiques, mais aussi tous les opprimés.



La psychiatrie, qu'il ne pense pouvoir être que sociale, se retrouve de la sorte déracinée de ses origines médicales. Il enjoint ainsi les psychiatres à sortir de « l'asepsie scientifique », de refuser le mandat de « contention sociale » qu'ils se voient attribuer. Allant encore plus loin, il se nourrit des critiques de la communauté scientifique attribuant à ses travaux un manque de sérieux, puisqu'il l'assimile au défaut de respectabilité qui a toujours été associé à la maladie mentale, allant jusqu'à le revendiquer. De là, toute tentative d'amélioration de l'institution est vaine, puisque intrinsèquement négative.

Une expérience basaglienne : le fonctionnement d'un service triestin

Près de 50 ans plus tard, les services de Trieste restent profondément marqués par la pensée de Franco Basaglia, qui est par ailleurs omniprésente dans la formation des internes.

On ressent une grande fierté face à cet héritage, qui aujourd'hui encore fait des émules, et de nombreuses délégations étrangères viennent encore visiter le Département de Santé Mentale (DSM) de Trieste.

Le modèle politique diffuse l'ensemble du système, et on peut être surpris par les connaissances, mais aussi les capacités d'analyse et de critique des internes italiens sur leur modèle de soins. Cela semble bien loin de la certaine désaffection généralisée que nous portons malheureusement à tout ce qui attire à la santé publique ou l'organisation des soins.

En pratique, il n'existe donc plus de Centre Hospitalier Spécialisé à Trieste. Le territoire est divisé en secteurs, de tailles similaires aux français, au sein desquels les soins sont organisés par le Centro di Salute Mentale (CSM), équivalent d'un CMP. Les CSM sont ouverts jours et nuits, tous les jours. Un binôme psychiatre/infirmière est détaché en permanence pour recevoir les patients, connus ou non, sans rendez-vous. Il n'y a ainsi pas de délai d'attente pour un premier rendez-vous. Les quelques lits présents (5-6) ont pour vocation de recevoir les patients pour de très court séjour (une semaine maximum), et qui relève plus de l'hébergement qu'une véritable hospitalisation.

Un équipe soignante en nombre important et consacrée à l'ambulatorio permet la généralisation des visites à domicile, qui peuvent aller jusqu'au « monitoring » i.e. un passage quotidien du psychiatre si nécessaire, ou

Le côté révolutionnaire et politique est central dans sa pensée, et c'est pourquoi le modèle préconisé n'est pas statique et que sa seule constance est en une négation, celle de l'institution. Ainsi, le système pour éviter tout aspect sclérosant, doit comporter en son sein une dynamique, des confrontations voir une agressivité comme moteur, qu'il énonce aussi comme indispensable dans la relation thérapeutique.

En l'absence de lieu de soins hospitaliers, l'essentiel des soins doit donc se faire dans la ville et parmi la communauté.

l'accompagnement des patients dans leur démarches sociales et médicales.

Les urgences sont gérées par le CSM ou par le service de psychiatrie de l'hôpital général, petite unité de quelques lits pour les situations avec intrications somatiques, où là aussi la durée maximale de séjour est de l'ordre d'une semaine.

Tous les services sont ouverts, et il n'y a pas d'hospitalisation sous contrainte.

L'essentiel des soins est donc tourné vers la communauté en essayant de les intégrer le plus possible dans son fonctionnement, sans séparer les usagers de soins des autres. Une grande valeur est accordée au travail, cela passe par la multiplication de partenariat avec des entreprises sociales ayant cette vocation. L'accès à l'emploi est ainsi facilité, mais correspond aussi à un plus faible recours aux allocations pour handicap.

Un autre élément marquant du système triestin est la quasi-absence de judiciarisation du système. En effet le psychiatre ne vit pas dans la crainte d'une action de justice à son encontre, protégé par la jurisprudence italienne. Cela va de pair avec plus de libertés accordées aux patients. Sans cette épée de Damoclès, plus de souplesse est permise dans les décisions thérapeutiques, alors guidées principalement à l'aune de l'amélioration du patient et libérées de l'inquiétude d'un incident médico-légal.



Quelles comparaisons possibles au modèle français ?



En partie lié à cela, le secret professionnel est moins respecté. Par exemple, les voisins peuvent être sollicités en cas d'intervention au domicile mais aussi inclus dans les intervenants de la prise en charge. Ils leur seront alors volontiers transmis les éléments du dossier médical.

Le modèle dominant est celui d'une psychiatrie avant tout sociale, et dont les troubles trouvent leurs origines et leur résolution dans la société.

A cet égard, l'attitude du psychiatre face au traitement pharmacologique est parfois ambivalente. Les antidépresseurs semblent moins favorablement prescrit que les neuroleptiques, car perçu comme pouvant prévenir le patient de résoudre un conflit dans sa vie sociale.

D'autre part, l'attitude que les soignants peuvent avoir face aux l'ECT, assimilées à des pratiques d'avant-guerre à la limite de la maltraitance confine parfois au dogmatisme. Les plus anciens les assimilent à la psychochirurgie type lobotomie des patients qu'ils ont connus et dont ils se souviennent avec horreur.

Les aspects psychodynamiques sont assez largement remis au second plan.

La négation de l'institution, et jusqu'à un certain point de la maladie psychiatrique, a bien évidemment des répercussions sur la relation thérapeutique, qui prend parfois des allures d'accompagnement éducatif, social ou type « coaching ».

Une des difficultés d'un système revendiqué comme politique et radical il y a une cinquantaine d'année est d'à la fois maintenir cette composante révolutionnaire

telle que Basaglia le préconisait tout en étant à présent un modèle établi et visité. C'est pourtant ce qui était dénoncé dans l'Institution en Négation [1], « la négation est la seule modalité viable à l'intérieur d'un système politico-économique ». La communauté thérapeutique n'est donc pas un modèle, seule la dimension négative de l'expérience est, selon l'auteur, le principe à reproduire. Pourtant, une impression de rigidité face à d'autres aspects de la psychiatrie et son évolution se fait sentir lors de discussions avec les équipes.

Il faut aussi par ailleurs souligner qu'il existe de grande disparité à travers le territoire italien, certaines régions n'ayant pas adopté la loi 180 de fermeture des hôpitaux psychiatriques. Aussi, une des fiertés du DSM de Trieste, la quasi-absence de secteur privé ambulatoire et hospitalier, qui peut être un gage d'efficacité, ne peut être inférer à l'ensemble du pays.

Ceci dit, si ce n'est pas l'objet de cet article de mener une comparaison d'indicateurs de santé, force est de constater que l'Italie affiche un taux de suicide trois fois moins important que la France [2]. Si cette différence ne peut bien évidemment qu'être poly-factorielle, force est de constater que pour un système, avec les précautions énoncées précédemment, sans hôpital, cela donne à réfléchir.

D'autant plus que notre modèle, lui non plus n'a pas vécu de changement majeur depuis la fin des années soixante et la sectorisation, et reste encore très axé sur la prise en charge hospitalière.

Pour conclure, une des qualités indéniables du modèle triestin est l'intégration dans la ville des usagers en santé mentale -et en corollaire la tolérance dont ils bénéficient. Cette lutte contre le stigma, initialement portée par des psychiatres et ayant ainsi porté ses fruits, nous rappelle le rôle critique que nous devrions avoir, sinon prendre, sur le plan social et politique en faveur de notre discipline.

1. L'Institution en négation, Franco Basaglia, trad. fr. R. Bonalumi, Les éditions arkhè, 2012, (Rééd. Seuil, 1970).
2. http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_text/en/

Jean-Victor Blanc
Interne à Paris
Rédacteur à What's up Doc !



INTERNE ET... ÉCRIVAIN

Nouvelle rubrique pour le Psy Déchaîné, « Interne et... » vient à la rencontre d'internes qui partagent leur temps entre leur activité de psychiatre, et une autre passion, quelle qu'elle soit.

Nous avons rencontré Aymeric, interne de Caen, et également auteur à ses heures perdues. Il a écrit et édité son dernier roman, « L'Amour de l'Homme », et nous sommes allés lui poser quelques questions.

1/ Peux-tu te présenter rapidement ?

Je termine ma première année d'internat en psychiatrie au CHU de Caen. Après un premier semestre aux urgences, je travaille actuellement dans le service Jean-Baptiste Pussin au Bon-Sauveur de Saint-Lô, une unité constituée de 12 lits qui reçoit essentiellement des patients en soins sans consentement. Après l'ECN, le choix de la Basse-Normandie s'est imposé naturellement, étant donné qu'il s'agit de ma région d'origine et que j'y ai toutes mes attaches familiales. J'envisage à terme de m'installer en tant que psychiatre libéral dans la Manche, même si je reste ouvert aux opportunités.

2/ Pourquoi t'es-tu mis à écrire ?

J'ai achevé mes premières histoires complètes au lycée. À l'époque, c'était surtout des récits fantastiques ou de science-fiction, l'objectif principal était le rêve, l'évasion. En mûrissant, j'ai compris qu'exploiter correctement le potentiel de l'écriture implique davantage, qu'un livre abouti doit être porteur de messages, stimuler la pensée, et j'ai évolué dans ce sens ; c'est de cette démarche qu'est né *L'Amour de l'Homme*, que j'essaie de diffuser en auto-édition numérique via Amazon et Kobo, et qui raconte, dans une perspective psychologique et humaniste, le parcours d'un étudiant catholique pratiquant qui se découvre homosexuel. L'idée de base était, au vu des polémiques de ces dernières années, de jeter un pavé dans la mare et de montrer, à travers les réflexions de mon personnage, que chacun des deux « camps » a ses raisons, qu'un dialogue constructif est possible.

3/ Quels liens retrouves-tu entre ton métier d'interne et ton métier d'écrivain ?

Il me semble que ces deux activités s'enrichissent mutuellement. En psychiatrie plus que dans toute autre spécialité médicale, chaque entretien implique une rencontre avec le parcours de vie d'un individu, ses richesses personnelles, ses combats intérieurs, ce qui constitue une formidable source d'inspiration. Inversement,

écrire implique de rendre crédible ses personnages, parfois très différents de soi, ça apprend à dépasser ses propres mécanismes et affects. De plus, le travail de documentation enrichit la culture personnelle ; j'ai par exemple reçu en entretien plusieurs patients homosexuels, après avoir écrit *L'Amour de l'Homme*, et je pense que ça m'a permis d'aborder le sujet de manière plus sereine, avec davantage d'empathie.

4/ Comment fais-tu pour mélanger ces deux métiers ?

J'écris sur mon temps libre, donc essentiellement le week-end, parfois le soir. Il n'est pas toujours évident de maintenir la cadence, c'est vrai. Un autre problème, aussi, est que, une fois le roman achevé, j'ai peu l'occasion de me consacrer à sa promotion. *L'Amour de l'Homme* est en vente, mais je me rends bien compte que je n'en fais pas assez la publicité. J'ai néanmoins réussi, par le biais d'un site consacré aux auteurs indépendants, à être lu par un certain nombre de personnes et à obtenir des retours très encourageants.

5/ Est-ce que tu souhaites à l'avenir continuer à mixer ces deux activités ?

Oui, clairement ! Psychiatrie et écriture sont deux activités qui me passionnent toutes deux et je n'envisage pas d'arrêter totalement l'une au détriment de l'autre. Mais, concernant le marché du livre, il faut être lucide, il suit avec quinze ans de retard la même tendance que celui du disque, la crise n'aidant en rien ; à l'heure actuelle, la place accordée par les maisons d'édition aux nouveaux auteurs est quasi inexistante, et même si vivre de sa plume est un rêve pour beaucoup, cela ne me semble pas très réaliste en 2015. Disons que, si un jour mon activité d'auteur décolle suffisamment pour devenir significative en termes de revenus, je réfléchirai peut-être à exercer la médecine à 80 % ou à mi-temps pour laisser plus d'espace à l'écriture, mais ce n'est que pure spéculation !

Propos recueillis par Benjamin LAVIGNE

Vous avez une passion ou un passe-temps original, ou vous partagez votre activité psychiatrique avec un autre job ? Venez partager votre histoire avec nous ! N'hésitez pas à nous contacter.

CNIPSY 2014 - Notes de congrès

PARTIE 2

Un an déjà. Un an que le CNIPSY 2014 est passé, après nous avoir passionnés autour du thème de *Resistance*, pendant 2 jours de septembre.

Depuis, nous sommes allés à Toulouse, pour parler *Dysharmonies*. Et nous avons hâte de découvrir Rennes, et ses *Interactions*.

Mais alors que le temps nous rattrape et avance plus vite que la musique, nous n'avons pas fini de vous raconter ce CNIPSY lyonnais à travers nos *Notes de congrès*. Voici donc la deuxième partie de cette histoire...

La deuxième journée du congrès débute sur l'intervention du Dr Revol, chef de service en pédopsychiatrie, à notre propos « **Mutants ou résistants ? Les internes d'aujourd'hui dans la psychiatrie de demain** ». Le Dr Revol a fait de sa vision de l'interne, entre changement et continuité, une approche générationnelle :

- ▣ 1945 – 59 : les baby-boomers ancrés dans le devoir, sur les valeurs du travail, du couple et de la famille ;
- ▣ 1960 – 80 : la génération X, ancrée dans l'avoir, sur les valeurs du job, du statut et de la famille ;
- ▣ 1980 – 95 : la génération Y, ancrée dans le vivre, centrant leurs valeurs sur l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle ;
- ▣ et enfin 1996 – 2010 : la génération Z, ancrée dans le « socialiser ».

Cette vision est ponctuée de son expérience selon 3 repères : en 1994, la légitimité des chefs de service était innée, du fait aussi d'un accès à la littérature scientifique somme toute différente ; puis dès 2004, les internes commençaient déjà à vérifier ce qu'on leur apportait à partir des données de la littérature ; et maintenant, en 2014, le rapport aux générations a changé, l'interne a accès quasi-instantanément à l'information et ne se gênerait pas pour remettre en cause l'autorité de son patron. Il s'agirait ainsi de comprendre les codes pour mieux comprendre les résistances.

La génération Y représente la 2^{ème} génération la plus importante en volume, confrontée à un paradoxe entre l'ultralibéralisme et l'écologie, génération qui se fait remarquer par ses « why », qualifiée de « net generation » et centrée sur le « you ». Génération marquée également par une modification des transmetteurs de valeurs ;



ainsi, l'influence des pairs est augmentée, la pertinence d'une « occu-passion » et d'une formation davantage personnalisée. La mutation a été plurimodale : au niveau éducatif, enfants surinvestis, qualifiés d'enfants-roi, stimulés (la « trophy generation »), non habitués à l'échec et donc en plus grande détresse face aux difficultés. Des « parents drones », où les hommes seraient plus dépendants, recherchant une guidance autour d'eux, demandant des retours positifs ; au niveau sociologique, marquée par l'accélération du temps (cf. Hartmut Rosa, philosophe allemand) et la prédominance des NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication), de Google, la dictature de l'urgence, l'importance du « tout et tout de suite », mais aussi du travail collaboratif. Ainsi, on pourrait qualifier la génération Y de révélateurs ! Les « moins » de cette génération : le travail n'est plus la liberté, moins de fidélité dans la culture de l'entreprise.



Les « plus » : plus efficaces s'ils sont passionnés, peu enclins aux luttes de pouvoir. Avec cette génération, il faut éviter la flatterie, la langue de bois et le paternalisme ; il ne faut pas non plus parler uniquement d'avenir et de pouvoir. Il s'agirait plus de convaincre plutôt que de contraindre.

Pour la toute jeune génération Z, le Dr Revol brosse rapidement quelques traits : « ils sont nés et tout était en place » ; ils seraient plus idéalistes, lucides et optimistes, moins individualistes, beaucoup plus sensibles. Une génération que l'on pourrait qualifier, conclura le Dr Revol, de « C » comme communication, collaboration, créativité, conciliation et qui répèterait le leitmotiv « ça ne se fait pas ».

Le Pr Jeammet, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, présente ensuite, avec les talents de conteur qu'on lui connaît, « **Les maladies mentales : une pathologie de la liberté. De quelle liberté s'agit-il ?** ». Mêlant ses 40 ans d'expérience auprès des adolescents aux portraits de 4 patients psychotiques rencontrés en 1968 qu'il a vu grandir et avec lesquels il a gardé un lien de loin en loin, il centre son intervention sur l'idée que la résistance des patients se fait par rapport au danger, résister pour ne pas s'enfermer. Les troubles psychiatriques de l'adolescent seraient le miroir grossissant de ce que nous sommes, entre confiance et peur, des comportements et croyances qui enferment jusqu'à la mort, malgré la volonté de vivre. Tout ceci étant marqué par des émotions (se situant entre le continuum de la créativité à la destructivité et celui de l'ouverture à la fermeture)... et des rencontres. Il y a aussi des fondamentaux au-delà des modes d'expression, entre la peur et la confiance. Or, malgré l'importance de la reconstruction des classifications, le DSM met en évidence cette diversité de réponses émotionnelles contraignantes alors que la forme varie d'une culture à l'autre. Les maladies mentales n'existeraient pas en tant que telles dans le sens où c'est une réponse appauvrie chez un sujet riche, « une maladie mentale, c'est une maladie de la liberté. On n'arrive pas à fabriquer une maladie mentale, car ce sont des émotions ».

En réalisant un détour par les travaux de Damasio, le Pr Jeammet insiste sur les capacités réflexives des hommes, cette capacité de jouer avec les représentations, mais aussi de virtualiser les choses. L'homme est conscient d'être conscient de soi, l'homme est un être d'addiction (« La première addiction est la recherche »), un être de paradoxe (« Pour être nous,

nous avons besoin des autres »), les paradoxes étant des fausses contradictions, il est capable de déréguler ses instincts (se priver de nourriture, de sexualité) et aussi de générer des valeurs (on décide en fait très peu de choses, rythmés par les habitudes que nous avons, mais on a tout de même la capacité de choix, induite par la charge émotionnelle). On n'a pas accès au symbolique dès qu'on a une charge émotionnelle importante, la peur l'emportant sur la confiance. Or le territoire humain est devenu exponentiel. Fait valeur ce à quoi on donne de la valeur. Les maladies mentales seraient donc des réponses émotionnelles à un sentiment de menace. Nous serions aussi des êtres de réflexivité : l'image qui nous est renvoyée de nous-même est porteuse de sens, l'importance du sentiment généré par le potentiel qui est vu quand on regarde à l'intérieur de nous, le regard porté au patient. Nous ne sommes pas dans la liberté, mais dans des contraintes émotionnelles. L'adolescent en difficulté doit redevenir acteur de l'échange, dans la vie (et donc dans la dépendance à l'autre puisqu'on est dépendant de l'autre). Or on perd ce qui est bon... ce qui n'est pas grave si on a confiance. Il s'agit aussi de redécouvrir le sentiment d'être acteur ; tous les suicides sont des actes de vie, la pulsion de mort n'existe pas. Il s'agirait donc, même dans la rencontre, de profiter des bons moments ensemble, sur le même bateau, et arriver à en faire un bon partage. Enfin, il rappelle la préface qu'il a rédigée pour le livre de Polo Tonka *Dialogue avec moi-même* et en profite pour promouvoir la lecture de cet ouvrage qu'il estime et défend particulièrement.

La suite est prise par le Dr Huerre, psychiatre et psychanalyste, qui effectue sa présentation dans une certaine continuité de celle du Pr Jeammet, « **A l'adolescence, résister, mais à quoi ?** ». L'adolescence est marquée selon lui par une autre manière de penser et de voir le monde, une période où les réponses interviennent avant les questions, en somme une période de simplification et d'élaboration de réponses avant tout questionnement. Il nous faut aussi résister à certaines représentations, car on ne peut pas être adolescent tranquillement de nos jours. L'adolescence est une période investie d'espoir... mais aussi de concurrence. Au travers de l'histoire, les représentations de la jeunesse se sont modifiées : la jeunesse inspirant la peur, générant des réponses intellectuelles théoriques et institutionnelles pratiques (les sciences sociales naitront de ce mouvement) ; puis la jeunesse étant considérée comme une maladie dans les années 1950,

maladie curable si l'on vieillit (!) ; enfin, la jeunesse étant perçue comme une étrangeté, les « jeunes » comme des mutants. Cette variabilité de représentations fluctuant au gré des contextes : des représentations négatives en période de relative tranquillité sociale aux éloges en période de combat ; à qui profitent ces représentations ? Le voyage en adolescence confronte à des situations habituelles : une résistance naturelle à ce qui se passe en eux, une inhibition de la pensée, des fantasmes, un désinvestissement scolaire, une autoprotection par rapport à des menaces de débordement, des passages à l'acte et des angoisses débordantes menant à renforcer les verrous et les blindages. C'est donc toute la dynamique de l'affirmation d'un soi en recherche par l'expression d'une symptomatologie forte, soutenir l'existence par l'expression symptomatique. Et parfois, il ne faut pas se laisser piéger par les énoncés des ados par l'inverse : certains refus d'aide sont un appel catégorique, qu'il ne faut pas initialement prendre au pied de la lettre.

Le Dr Mangin Lazarus clôture cette matinée par le portrait de Maurice Dide, psychiatre qui a « rencontré » la guerre et qui succombera en 1944 à Buchenwald. Auteur d'un livre **Les idéalistes passionnés**, ouvrage mêlant observation clinique et réflexions aux biographies d'hommes célèbres, cette figure toulousaine de la psychiatrie est le pont entre deux siècles, entre plusieurs transformations, entre plusieurs Histoires.

Enfin, la dernière demi-journée du congrès donne la parole à certains acteurs pratiquant une forme de résistance à la psychiatrie « normale » via le soin.

Jacques Lesage de la Haye, psychologue, psychanalyste, animateur de l'émission « Ras les murs » sur Radio Libertaire, partage de manière informelle son expérience d'une pratique de « **L'antipsychiatrie aux structures intermédiaires** » à l'hospitalisation. Un des fondements de sa pratique est « si je vais bien, je ne peux pas être un bon soignant », la psychiatrie étant le lieu de l'enfermement, ayant généré chez lui le besoin de résister, mais comment ? « Celui qui va le moins mal, repère les symptômes de celui qui va le plus mal ». Résister passait (et passe ?) aussi par la pratique de thérapies psychocorporelles en institution psychiatrique : les engrammes s'inscrivent dans le corps. Dans le flot engagé de paroles, on retiendra l'invitation à résister sous forme collective, par la constitution de réseaux. A l'image de l'antipsychiatrie française qui prônait une déconstruction de l'asile pour un système alternatif, le

réseau doit dépasser les institutions, l'antipsychiatrie n'appartenant plus qu'à l'Histoire. Elargir le champ de la psychiatrie serait une façon d' « entrer en résistance ».

Puis le Dr Hervé Bokobza, psychiatre et membre fondateur du *Collectif des 39*, partage son expérience avec son exposé « **Résistance, quand tu nous tiens** », introduisant d'emblée la figure tutélaire de Jean Oury. Être psychiatre, c'est être militant car n'importe quel système mettra de côté la folie. Militer autour de la question des moyens (comme par exemple le nombre d'infirmiers), et sur la question de la formation (la disparition du statut d'ISP / Infirmier en Soins Psychiatriques). Résister à l'inondation de théories pseudo-scientifiques. C'est un changement de la conception de la folie, qui conçoit la BDA comme une tentative ratée de guérison. En 2008, le Collectif des 39 réunissait des psychiatres en réaction au poncif « tous les patients sont potentiellement dangereux » ; aujourd'hui le Collectif a été rejoint par les patients, leurs parents, d'autres soignants, avec une éthique commune, celle du risque, du doute et de l'engagement.

La suite est brillamment prise par Claude-Olivier Doron, maître de conférence en histoire et philosophie des sciences, qui se définit comme un philosophe, historien, qui a contribué auprès de Médecins du Monde (MdM) au développement de dispositifs alternatifs à l'incarcération des SDF en grande précarité psychique. Son intervention « **Résister, envers et contre soi** » avait pour but d'être un exercice de déprise de soi, un jeu de stratégies provisoires, une critique de ses propres idoles, avec la mise à jour de leurs propres limites, sans pour autant les rejeter. La dissymétrie dans les relations des sujets fonde le pouvoir, pouvoir qui n'est pas réductible à ses formes massives ou visibles. Ainsi, le projet de MdM d'alternatives à l'incarcération constituait une confrontation des rapports de pouvoir, dans l'inclusion et l'exclusion de l'autre.

Chapitre 1 - La stratégie et les ennemis : il s'agissait de retourner les armes de l'adversaire en jouant les contradictions en épousant la langue de l'adversaire. MdM a fait le constat d'une surreprésentation des patients psychiatriques en prison, et partant de ce constat, a retourné le langage afin d'aboutir son projet. Le langage économique tout d'abord, en montrant le coût inférieur des alternatives, avec un rapport coût/bénéfice plus élevé, ceci appuyé par des évaluations. La prévention de la récurrence ensuite, en montrant le bénéfice qu'il y avait contre cette notion de récurrence, notion qui maintient que « la prison contribue à la prison ». Il n'existe pas de

bonne solution (au sens d'un partage simplifié entre le bien et le mal), l'enfer étant pavé de bonnes intentions, d'idéaux humanistes. On assiste à une pathologisation des troubles des conduites, un renforcement de la théorie de la dégénérescence, ainsi qu'à la psychiatrisation de la criminalité. De l'opposition à la proposition, il s'agit tout d'abord de passer au crible ses propres propositions. Le développement de ces dispositifs visait à lutter contre le syndrome d'auto-exclusion ou déni dont souffrent certains SDF.

Chapitre 2 – La désignation des ennemis (idéologies, pratiques et évolutions) : le néolibéralisme et l'évaluation de la dangerosité de manière actuarielle. Il ne s'agit pas d'opposer l'attention au patient à la singularité à inclure (approche humaniste), ces oppositions n'étant que construites, comme des contraintes binaires, représentant les deux faces d'une même médaille, difficiles à séparer. Ces notions théoriques se manifestent pleinement chez les intervenants auprès d'auteurs d'agressions sexuelles.

Chapitre 3 – La résistance. Elle suppose un rapport de stratégies, l'existence d'ennemis ... et d'armes. Or le savoir est une arme : la singularité clinique pour justifier la très faible fiabilité interjuge entre praticiens ; selon la rencontre et les praticiens, l'orientation des libertés individuelles. Ainsi, la prise en charge des auteurs de violences sexuelles pose problème : il n'y a pas de demande, pas de souffrance, pouvant faire penser à de la « flicatrie ». Il s'agirait donc d'une idéologie thérapeutique en les recodant en termes d'opérations soignantes : une demande implicite, une souffrance cachée, la justice ayant pour fonction thérapeutique de structurer les sujets, la surveillance étant l'élément essentiel du soin.

Enfin, le Pr Douki, professeur émérite de psychiatrie, clôture les présentations par son exposé « **La psychiatrie et la religion : les liaisons dangereuses** » enrichi de sa pratique personnelle et d'exemples pratiques dans un exposé tambour-battant (empêchant malheureusement tout prise de note) narré comme un conte.

Le privilège de la clôture du congrès est donné au Pr Terra, professeur de psychiatrie, chef du Centre de prévention du suicide / Psymobile. Avec humour, provocation, séduction et humanisme, il nous brosse le portrait du psychiatre qu'il aimerait consulter en cas de problème, dans les décennies à venir.

Parmi quelques-unes des exigences notées, il viendrait nous consulter avec ses attentes, ses préférences, ses souhaits.

Il voudrait avoir à disposition la psychiatrie planétaire, le meilleur de ce qui se fait, sans que nous hésitions à demander un avis à un confrère.

Il accepterait nos doutes plus que nos certitudes.

Il ne voudrait pas qu'on lui fournisse de solutions trop tôt, préférerait être compris avant d'être aidé.

Il aurait besoin de notre résistance psychologique, de notre endurance pour arriver à le suivre.

Il voudrait notre équilibre, au-delà de la consolidation superficielle, des interprétations sauvages et des « bon courage ».

Il ne souhaiterait être réassuré qu'après avoir été compris.

Il aimerait qu'on ait lu son dossier la veille de la consultation, que l'on connaisse le prénom de ses êtres chers, permettant leurs présences flottantes en consultation.

Il aimerait pouvoir appeler entre deux consultations, qu'on puisse venir le chercher chez lui s'il résiste trop, car l'isolement ne protège ni du suicide, ni de l'embolie pulmonaire, ni de la rhabdomyolyse.

Il ne voudrait pas de leçons de vie, voudrait être le premier sur la liste de nos préoccupations (avant nos peurs, les problèmes de société, de loi, du politiquement correct). S'il se plaint, ce serait l'équivalent d'un cri d'amour.

Il aimerait que l'on démine ses mauvaises rencontres, ses mauvaises pensées.

Que l'on soit une agence d'avenir et non pas une agence du passé, fixée dans le rétroviseur.

Il aimerait qu'on lui énumère les différents plans, A, B, C... avec des dates précises à atteindre pour savoir quand s'engager dans le suivant.

Enfin, il ne désirerait pas nous voir aphone quand il nous demandera ce qu'il va devenir.

Difficile de passer après cette belle allocution de fermeture !

Pour conclure rapidement, il nous apparait difficile de vous transmettre de manière complète tous les enseignements de ces deux journées de congrès, mais les internes en psychiatrie, hautement représentés à Lyon, ont fait preuve de curiosité, de motivations, de volonté de progression et d'érudition !

Sylvain Leignier

Interne en 4^{ème} année, Grenoble
courriel : sleignier@yahoo.fr

Camille Queneau

Interne en 2^{ème} année
Responsable Communication de l'AFFEP

Voici ce que j'entends quand j'explique que je suis interne en psychiatrie :

ooOOH !je vais faire attention à ce que je dis maintenant! tu m'analyses là ??

ou -HiHi-

Moi aussi j'adore la psychologie Je lis tous les psychomags et Je fais tous les psychotests!

-HiHi-

Aaaaah !huum (gêné) ben il en faut...c'est un peu bizarre non ? =>inquiétude pour ma santé mentale Ou

ça tombe super bien !J'ai vraiment besoin de parler blablabla... Mon cochon d'inde à poils longs est mort quand j'avais 5 ans et depuis blablabla Ça tombe bien que tu aimes écouter !

Donc si j'ai bien compris t'es pas médecin ?

Ou ça variante tout aussi plaisante

Tu n'as pas l'impression d'avoir fait médecine pour rien ?? Non ?? Ah bon...



Certaines choses sont drôles

HiHi



d'autres exaspérantes

ZEN!



Et certaines phrases me font E-N-R-A-G-E-R !!

GRRR...

RaaaaAAAAAAAAAAAAHHH !!





AGENDA DES CONGRÈS

Agenda des prochains congrès et colloques

Journée de l'Association Francophone de FORMation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (AFFORTEC)

« Thérapie individuelle des personnes présentant un trouble de personnalité borderline »

Le 14 novembre 2015 à Annecy

130€ (tarif préférentiel) pour les internes adhérents à l'AFFEP

<http://www.afforthecc.org>



Journée de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA)

« L'enfant, la mort, le deuil »

Le vendredi 20 Novembre 2015 à Paris

30 € pour les étudiants

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



7^{ème} Congrès Français de Psychiatrie (CFP)

Du 25 au 28 novembre 2015 à Lille

100 € pour les internes adhérents à l'AFFEP jusqu'au 13 novembre 2015

(150€ sur place)

<http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/congres/congres-lille-2015/>



14^{ème} Congrès de l'Encéphale

Du 20 au 22 janvier 2016 à Paris

Tarif préférentiel pour les internes adhérents à l'AFFEP - plus d'informations sur la procédure à suivre par mail

<http://www.encephale.com/Congres/Le-14e-Congres-de-l-Encephale>



Toutes les informations sur les congrès et colloques sur

www.affep.fr



QU'EST-CE QUE 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 né en 1745 dans le Tarn. Fils de chirurgien, il entreprend des études de médecine à Toulouse puis à Montpellier, et s'installe à Paris en 1778 où il est nommé « médecin des aliénés » à Bicêtre en 1793. Avec le surveillant Jean-Baptiste Pussin, il transforma la prise en charge des malades atteints de pathologies mentales en supprimant l'usage des chaînes et en se préoccupant avec bienveillance des patients. Il fut nommé médecin-chef de la Pitié-Salpêtrière en 1795 où il développa ce qu'il appelait un « traitement moral » et rédigea une classification des pathologies psychiatriques publiée en 1798 dans un ouvrage intitulé « *Nosographie philosophique* ». Il est connu pour avoir amélioré le sort des malades souffrant de pathologies psychiatriques et leurs conditions d'internement ; il est considéré comme l'un des précurseurs de la psychiatrie du 19^{ème} siècle.

L'autre...

Est né en 1914 en Indochine. Il passe le concours d'entrée à l'Ecole de Santé Navale à Bordeaux et travaille quelques temps dans la Marine avant d'exercer la chirurgie au Val-de Grâce à Paris. En collaboration avec les psychiatres de l'hôpital Sainte-Anne, Jean Delay et Pierre Deniker, il étudie les phénothiazines et contribue à leur utilisation dans le traitement des pathologies psychiatriques au début des années 1950. Il est également connu pour avoir participé au film d'Alain Resnais « *Mon Oncle d'Amérique* », qui rapproche avec ironie les comportements humains et animaux sur fond de discours scientifique.

« La réponse : dans le prochain Psy Dech' »

La réponse du
précédent numéro 

Vaslav
Nijinski



Virginia
Woolf



Marine LARDINOIS
Vice-présidente de l'AFFEP





Hôpitaux de
Saint-Maurice
Paris / Val-de-Marne



Centre régional de soins et de ressources en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sourds.

Unité Thérapeutique Enfance & Surdité (UTES) sous l'égide de l'Agence Régionale de la Santé d'Ile-de-France.

Présentation

Depuis plus de 20 ans, le pôle Paris Centre Est Enfants a développé une approche spécifique des problèmes psychologiques liés à la surdité des enfants et des adolescents, pour eux-mêmes et pour leur famille.

Si la surdité infantile n'est pas en soi un facteur déterminant dans la survenue de troubles psychiques, la clinique de l'enfant sourd montre que la surdité est un facteur fragilisant. Lorsqu'un trouble psychopathologique apparaît, la surdité profonde est toujours un facteur à prendre en compte de façon spécifique.

En France, il naît environ 1 enfant sourd sur 1 000. L'arrivée d'un enfant sourd dans une famille est souvent un moment très douloureux sur le plan psychique qui va modifier en profondeur les équilibres et les projets familiaux. Plus de la moitié des surdités congénitales sont d'origine génétique, ce qui peut impliquer un fort sentiment de culpabilité chez les parents.

Il est également difficile pour l'enfant de vivre dans un monde dont il ne peut pas toujours comprendre la signification. Cela génère un désarroi intense qui ne peut pas toujours être pallié par les prises en charges orthophoniques et les appareillages. Les enfants qui ne peuvent pas développer le langage oral sont amenés à s'orienter vers la voie visuo-gestuelle (langue des signes). Cela peut engendrer des difficultés de communication entre enfants parents qui déclenchent parfois des difficultés psychologiques.

A cette situation malheureusement classique, il faut ajouter les cas où la surdité est associée à d'autres pathologies (cécité, déficiences mentales, notamment).

Le centre régional de soins et de ressources en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sourds propose une réponse thérapeutique spécialisée pour ces enfants et leur famille. Il dispose d'une équipe soignante bénéficiant d'une reconnaissance approfondie du monde de la surdité (aspects perceptifs, phénoménologiques, linguistiques, sociaux et culturels), et d'une connaissance de la langue des signes employée par beaucoup de personnes sourdes. Cette unité de soins est issue d'un partenariat entre les Hôpitaux de Saint-Maurice et le Groupe Hospitalier Nord Essonne (Hôpital d'Orsay).

A qui s'adresse le centre ?

Le Centre reçoit des enfants (dès la naissance), des adolescents et des familles de tous les départements d'Ile-de-France.

Contact : 64, rue de la Glacière - 75013 Paris - Tél. : 01 42 33 97 67



Centre Hospitalier
LORQUIN

CENTRE HOSPITALIER DE LORQUIN

5, rue du Général de Gaulle - 57790 - LORQUIN

Accueil par : Autoroute A4 sortie Phalsbourg (15 km) proximité Sarrebourg Equidistance entre Nancy et Strasbourg

Le Centre Hospitalier de Lorquin (Moselle) recrute, avec des mesures d'aide à l'installation, 2 psychiatres

pour compléter l'équipe du pôle de psychiatrie adulte de Moselle-Sud (territoire de Lorquin-Sarrebourg) pour exercer en intrahospitalier (soins libres, soins sans consentement, soins prolongés, réhabilitation) et en extrahospitalier (CMP, HDJ, liaison à l'hôpital général).

- Le Centre Hospitalier de Lorquin est un Etablissement Public de Santé Mentale implanté en Moselle, son territoire est organisé en 2 pôles de psychiatrie adulte couvrant les bassins de vie de Sarrebourg, Dieuze, Saint-Avold, représentant 210 000 habitants.
- Le Centre Hospitalier de Lorquin dispose d'un SMPR implanté au Centre Pénitentiaire de Metz.
- Le site principal d'hospitalisation, situé à Lorquin, est organisé de façon inter sectorielle avec une spécialisation des prises en charge : admissions, réhabilitation, handicap mental, soins prolongés.
- L'extra-hospitalier est constitué de 23 structures (hospitalisation complète, hôpitaux de jour et centres médico-psychologiques « pivot ») et des équipes médicales et soignantes sont en place dans les établissements MCO de Sarrebourg et Saint-Avold (urgences, pédiatrie, maternité, médecine).
- Les effectifs en personnel s'élèvent à 550 ETP de personnels non médicaux et 25 ETP de médecins.

Contacts :

- Chef de Pôle - Docteur Pierre BRONNER - Tél. : 03 87 23 14 52 - 03 87 23 14 53
- Président de CME - Docteur Pierre HORRACH - Tél. : 03 87 38 51 05
- Directeur Monsieur Olivier ASTIER - Tél. : 03 87 23 14 01

Un logement de type
villa peut être mis à
disposition

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines

recrute pour ses Pôles de Psychiatrie Adulte

1 Médecin Psychiatre (H/F) Temps plein

Envoyez votre CV et votre lettre de motivation à
Pascal SCHMIT, Directeur Adjoint des Affaires Médicales, Financières et
Générales, CHS de Sarreguemines, 1 rue Calmette - B.P. 80027 - 57212
Sarreguemines Cedex ou par mail : pascal.schmit@chs-sarreguemines.fr

Pour tous renseignements : 03.87.27.98.12 - www.hopitaux-sarreguemines.fr



CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'EYGURANDE

199 lits et 15 places d'Hôpital de Jour - Psychiatrie Adultes - Situé en Corrèze



Nous recherchons 2 médecins psychiatres (suite à de futurs départs à la retraite)

Présentation :

Le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande (CHPE) est organisé en 4 pôles de compétences :

- Psychiatrie Générale Adultes.
- Soins Intensifs et Sécurisés : UMD, USIP.
- Prises en charge spécifiques : Addictologie – Déficitaires.
- Réhabilitation Psycho Sociale.

Le CHPE est fortement impliqué sur des projets innovants et inscrit dans la logique de parcours grâce aux partenariats noués avec des établissements médico-sociaux du territoire.

Si vous souhaitez participer à notre évolution et relever le défi de la psychiatrie de demain, transmettez-nous votre dossier de candidature (CV, courrier, prétentions financières) à l'adresse suivante : sdirection@chpe.fr

ou par voie postale : Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande - Secrétariat de Direction - La Cellette - 19340 MONESTIER MERLINES.

Notre site Internet : www.ch-eygurande.fr

LIMOUSIN

L'EPSM DES FLANDRES (BAILLEUL)

A sortie immédiate de l'autoroute A25 – Accès rapide à Lille



RECHERCHE DES PRATICIENS PSYCHIATRES

> POUR LE SECTEUR DE PSYCHIATRIE GENERALE 59 G 04

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

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

> POUR LE SECTEUR DE PSYCHIATRIE GENERALE 59 G 06

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

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

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

NORD-PAS-DE-CALAIS

Le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire (Loire-Atlantique)



Situé à 15 kilomètres de la Baule dans une région particulièrement dynamique et attractive, le pôle de psychiatrie adulte recrute

2 psychiatres pour compléter une équipe de 14 praticiens

114 lits dont 5 lits de post-urgences au sein d'un établissement neuf ouvert en juillet 2012.

3 secteurs de psychiatrie adultes en expansion, 3 CMP, 3 CATT, 3 hôpitaux de jour, unité d'urgence psychiatrique, psychiatrie de liaison sur le MCO. Postes disponibles le 1^{er} novembre 2015.

Contact :

M. L. OTT – Service des Affaires Médicales - 02 72 27 89 86 - Lott@ch-saintnazaire.fr | Dr P. DELBROUCK - 02 72 27 80 72 - p.delbrouck@ch-saintnazaire.fr
Centre Hospitalier de Saint-Nazaire - 11, boulevard Georges Charpak - BP 414 - 44606 Saint-Nazaire

PAYS DE LA LOIRE



LE CENTRE HOSPITALIER DE NIORT (79)

Région POITOU-CHARENTES - Situation attractive sur le plan autoroutier et TGV - Agglomération niortaise de 110 000 habitants
Bassin de santé de 400 000 habitants - Hôpital dynamique très équipé - Locaux neufs, établissement à taille humaine

RECHERCHE DES PSYCHIATRES (secteur adultes)

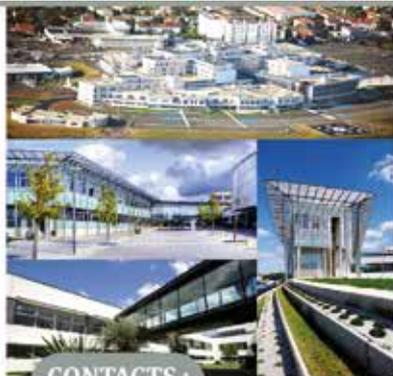
(Praticiens hospitaliers ou praticiens contractuels ou assistants spécialistes) - Toute candidature sera étudiée

Candidature à adresser à :

Madame Elodie COUAILLIER - Directrice des Affaires Médicales - 40, avenue Charles de Gaulle - BP 70600 - 79021 NIORT CEDEX
dam@ch-niort.fr - Tél. : 05 49 78 20 34

Pour tout renseignement, contacter :

Monsieur le Docteur Dominique LEGER - Chef du Pôle « Psychiatrie - Addictologie et Réseaux Médicaux »
dominique.leger@ch-niort.fr - Tél. : 05 49 78 27 41



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE
RECHERCHE UN(E) PEDOPSYCHIATRE
POSTE TEMPS PLEIN

Le pôle de pédopsychiatrie accueille les enfants et les adolescents de 0 à 18 ans.

Doté d'une équipe dynamique, le pôle dispose de moyens variés repartis sur le territoire centre et ouest de la Charente-Maritime.

- Plusieurs CMP dont un dispositif itinérant en milieu rural • Une équipe mobile intervenant à domicile ou en établissement médico-social • Une équipe de thérapie familiale ainsi qu'une unité d'accueil familial thérapeutique • Trois hôpitaux de jour • Une unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents ainsi qu'un travail étroit avec le service de pédiatrie.

Le service est par ailleurs engagé dans divers projets dont celui de redéfinir et d'organiser le dépistage, l'évaluation et le parcours de soins des enfants présentant des troubles du spectre autistique en partenariat avec le Centre Ressource Autisme et le CAMSP.

CONTACTS :

Dr Giraudeau-Villar - Chef de pôle psychiatrie infanto-juvénile - Téléphone : 05 46 95 15 27 - Mail : n.giraudeau@ch-saintonge.fr
Mme Da Silva Bigot - Directrice des affaires médicales - Téléphone : 05 46 95 12 55 - Mail : a.da-silva-bigot@ch-saintonge.fr
Centre Hospitalier de Saintonge - 11, boulevard Ambroise Paré - BP 326 - 17108 Saintes Cedex



Le Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers,
établissement de référence en psychiatrie de la région Poitou-Charentes

L'établissement dispose :

- De deux services universitaires • D'une unité de recherche clinique • De plusieurs centres ressources (autisme, troubles du langage et des apprentissages, auteurs de violences sexuelles)
- D'une communauté médicale riche, diversifiée et reconnue dans des domaines variés (recherche, troubles des conduites alimentaires, psychiatrie médico-légale, addictions, troubles du langage, ECT, réhabilitation psychosociale...).



Recherche 5 médecins psychiatres (poste temps plein)

Afin de compléter nos équipes :

- 1 psychiatre addictologue ; affectation au sein d'une unité de semaine et d'un hôpital de jour spécialisés et intégrés dans une filière de niveau 3 portée par l'établissement.
- 1 psychiatre addictologue ; affectation au CSAPA.
- 3 psychiatres pour compléter les équipes médicales de trois secteurs (5^e dans des équipes de 5 PH - Activité intra et CMP).

Contacts :

C.VERDUZIER - Directeur - direction.generale@ch-poitiers.fr | S.PERON - Présidente de CME - s.peron@ch-poitiers.fr
Centre Hospitalier Henri Laborit - 370, avenue Jacques Coeur - CS 10587 - 86021 Poitiers Cedex - www.ch-poitiers.fr



Le Centre Hospitalier GERARD MARCHANT à TOULOUSE

Etablissement spécialisé en psychiatrie

RECRUTE

DES ASSISTANTS SPECIALISTES DES HOPITAUX

Trois postes d'Assistant Spécialisé en Psychiatrie Adulte seront prochainement à pourvoir.
Des renseignements peuvent être obtenus auprès de Monsieur le Docteur HAOUÏ
Président de la CME et des Chefs de Pôles - Tél. : 05 61 43 78 56 - radoine.haoui@ch-marchant.fr

Des renseignements sur les postes peuvent être obtenus auprès des Chefs des Pôles concernés.

- Secteur 1 : Monsieur le Docteur Radoine HAOUÏ - Tél. : 05 61 43 78 56 - radoine.haoui@ch-marchant.fr
- Secteur 4 : Monsieur le Docteur Pierre HECQUET - Tél. : 05 61 43 45 50 - pierre.hecquet@ch-marchant.fr

Les candidatures avec CV sont à adresser à :

Madame le Directeur des Ressources Humaines - Centre Hospitalier Gérard-Marchant - 134, Route d'Espagne - BP 65714 - 31057 Toulouse Cedex 1 - secretariat.drh@ch-marchant.fr

UN PSYCHIATRE REMPLAÇANT

Pour la période du 1^{er} novembre 2015 au 30 avril 2016
au Pôle Psychiatrie et des Conduites Addictives en Milieu Pénitentiaire.

Des renseignements peuvent être obtenus auprès de Monsieur le Docteur Gérard LAURENCIN :
Tél. : 05 61 43 36 00 - gerard.laurencin@ch-marchant.fr



La Fondation du Bon Sauveur d'Alby, implantée à Albi (1h de Toulouse, ville classée au patrimoine de l'humanité) comprend deux secteurs d'activité (sanitaire dans le domaine de la psychiatrie et médico-sociale) regroupant huit spécialités.
Sa capacité globale est de 409 lits et 346 places. C'est le 1^{er} employeur d'Albi et 2nd du Tarn avec 1 350 salariés et 80 métiers différents.
Pour son service sanitaire de psychogériatrie (service qui prend en charge les patients souffrant de la maladie d'alzheimer ou d'un trouble apparenté mais aussi des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques, est composé de 3 unités d'hospitalisations de 58 lits, d'un hôpital de jour de 15 places, de consultations mémoire et mise en place de la télé-expertise).

La Fondation cherche pour renforcer l'équipe médicale de 4 médecins gériatres et psychiatres :

1 médecin titulaire de la capacité de gériatrie fortement sensibilisé(e) à la psychiatrie du sujet âgé ou 1 psychiatre ayant une forte sensibilisation à la gériatrie
Ce médecin recruté(e) à temps plein aura en charge

- La mise en place et le déploiement de l'équipe mobile de psychogériatrie d'environ 8 IDE spécialisés sur les 3 bassins du Tarn.
- Le déploiement des consultations de la télé-expertise avec les EHPAD du département.
- La mise en place de la filière personnes âgées au sein de l'hôpital spécialisé.

Rémunération :

- Convention collective FEHAP 51, astreintes médicales, prise en charge de la mutuelle par l'employeur, couverture prévoyance importante, avantages sociaux intéressants.
- Rejoindre une équipe médicale de plus de 45 ETP de médecins.

Merci d'adresser votre candidature motivée à : Monsieur HANGARD - Directeur des Etablissements et/ou M. QUINCON - Médecin - Chef de la Psychogériatrie
1, rue LAVAZIERE 81000 ALBI ou direction@fondationbonsauveuralby.fr



La Fondation Bon Sauveur d'Alby, implantée à Albi, située au cœur de la région Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, recrute

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

Contrat à durée indéterminée.
Convention Collective du 31/10/51.

Diversité des services :
Psychiatrie Adulte (services ouverts, fermés et semi contenants, extra-hospitalier).

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

Contact : <http://www.bonsauveuralby.fr>
Secrétariat de Direction : 05 63 48 48 00



LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNEMEZAN 1h30 de Toulouse et 2h15 de Bordeaux recrute h/v pour son pôle de pédopsychiatrie des Hautes-Pyrénées (environ 110 agents et 8,00 ETP médicaux)

PSYCHIATRE / PÉDOPSYCHIATRE

Travail centré sur 3 structures sur Tarbes : - CMP pour enfants et adolescents - CATTP Ados - CATTP pour 6/12 ans

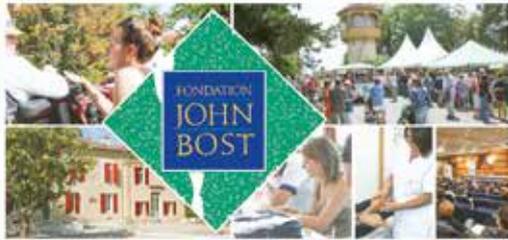
Éléments d'attractivité professionnelle : - Service validant pour la spécialité pédopsychiatrie - Possibilité de formations continues ou universitaires à proximité : organismes spécialisés à Tarbes, Pau, Toulouse, C.H.U. à Toulouse et à Bordeaux - Pôle très dynamique, bien doté en unités, personnel soignant et médical travaillant en réseau étoffé avec les autres professionnels et structures

Éléments d'attractivité extra professionnelle : - Proximité de la haute montagne et des stations - Toulouse à 1h30 (autoroute ou train direct), Bordeaux à 2h15 (autoroute) - Océan - côtes basque et landaise - à 1h20 - Aéroport international à 20 minutes, avec liaison A-R vers Paris tous les jours

Poste à temps plein. Quotité de temps : 1,00 ETP. Statut et/ou contrat à déterminer selon profil (P.H. contractuel, assistant...).

Renseignements : Docteur Anne Campan au 05 62 50 11 20 et D.R.H au 05 62 99 54 01.
Envoyez CV et lettre de motivation à Monsieur Le Directeur des Ressources Humaines, Centre Hospitalier de Lannemezan, 65300 Lannemezan
secretariat.du.personnel@ch-lannemezan.fr

www.ch-lannemezan.fr



Créée en 1848, la Fondation John BOST est une institution protestante à but non lucratif, reconnue d'utilité publique depuis 1877. La Fondation John BOST a une vocation sanitaire (Etablissement de santé privé d'intérêt collectif ESPIC) et médico-sociale et se situe dans le cadre des prises en charge de moyenne et longue durée.

La Fondation accueille et soigne des personnes souffrant de troubles psychiques et de handicap physique et/ou mental et des personnes âgées dépendantes dont l'état nécessite une vie sociale adaptée.

Les services médicaux privilégient, au vu des nombreuses demandes d'admission reçues, l'hospitalisation d'adultes des deux sexes, présentant des pathologies psychiatriques déficitaires, neuropsychiatriques sévères ou des polyhandicaps graves.

La Fondation est implantée historiquement dans la vallée de la Dordogne en Aquitaine. Elle s'est développée à présent dans quatre autres régions de France (Midi-Pyrénées, Limousin, Ile-de-France, Haute-Normandie).

L'institution a développé un projet original d'accompagnement de ces personnes, sous la forme d'un projet thérapeutique qui inclut une approche globale de la personne, des démarches médicales et psychothérapeutiques, pédagogiques et éducatives, sociales, culturelles et spirituelles.

La Fondation John BOST gère 34 pavillons ou services sanitaires et médico-sociaux implantés sur 5 régions.

Elle dispose de 10 types de structures : Maison de Santé pour Maladies Mentales (11), Maison d'Accueil Spécialisée (6), Foyer d'Accueil Médicalisé (6), Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (1), Foyer de vie (2), Centre d'Initiation au Travail et à la Vie Sociale (2), Foyer d'Hébergement pour Travailleurs Handicapés (1), Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (1), Institut Médico-Éducatif (2), Groupe d'Entraide Mutuelle (1)

A ce jour près de 1900 professionnels accueillent, accompagnent et soignent environ 1400 résidents.

A ce jour, nous recherchons :

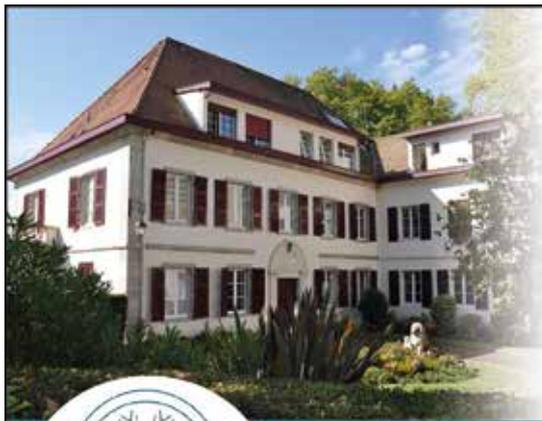
- › 1 médecin psychiatre, 1 neuropsychiatre et 1 médecin généraliste en Dordogne
- › 1 médecin psychiatre en Seine-Maritime

Postes en CDI temps plein, rémunérés selon les modalités de la CCN51.

Des accompagnements peuvent être envisagés pour faciliter l'exécution de l'activité professionnelle.

Envoyer lettre et CV à :
Service des Relations Humaines
Mme Stéphanie BOUILLON
6, Rue John BOST - 24 130 LA FORCE

Ou directement via la messagerie à :
stephanie.bouillon@johnbost.fr
www.johnbost.org



CLINIQUE PSYCHIATRIQUE CÔTE BASQUE

recherche des

MEDECINS PSYCHIATRES

pour renforcer son équipe et développer son activité.

- Etablissement de 70 lits et places, dans un ensemble immobilier performant et de caractère,
- Service d'hospitalisation de jour,
- Programmes spécifiques : MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy), Groupe Motivationnel Alcool, Réhabilitation Sociale et Psychoéducation,
- Activité de psychiatrie générale,
- Formation aux TCC souhaitée.

Pour toute information, veuillez prendre contact avec : Mme Claire FLORENTIN - Directrice - 05 59 55 09 96
ou cliniquedamade@wanadoo.fr - Clinique d'Amade - 14, chemin d'Amade - 64100 Bayonne - Site : cliniquedamade.fr

RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr

LA FÉDÉRATION

INFORMATIONS & SERVICES

EMPLOI

Offre d'emploi | CVthèque | Service Civique | Espace Candidat | Espace recruteur | Offre d'emploi à temps partagé

Je suis à la recherche d'un poste

Je m'enregistre sur le portail Internet FEHAP

Je poste ma candidature

Je crée une alerte pour recevoir les offres d'emploi correspondant à ma recherche

Mon CV est visible par plus de 4 000 structures

Je suis recruteur

Je m'identifie sur le portail internet FEHAP

Je recherche un salarié, je me rends sur l'espace Offre d'emploi

Je recherche ou souhaite proposer un temps partiel, je me rends sur l'espace Offre d'emploi à temps partagé

Je crée mon annonce

Je crée une alerte pour recevoir les CV adaptés à ma recherche

Elle est soumise à validation auprès de la FEHAP

Si elle est validée, l'annonce est mise en ligne

Si je le souhaite, elle est reprise sur les comptes Viadéo et LinkedIn de la FEHAP

MATCHING !

Rejoignez
la communauté
des **Psychiatres**



Sur
Reseauprosante.fr

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