

rapport du Conseil de l'Ordre des Médecins de 2008, le détaillent : les médecins sont vulnérables, se soignent pas ou mal ; le *Burn Out*, le taux de suicide, l'alcoolisme sont bien supérieurs à ceux de la population générale. C'est ainsi que l'APSS est née : (Association pour les Soins aux Soignants). Son but est de promouvoir toutes les actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive depuis l'Université, instaurer une médecine préventive pour tous, mais aussi engager « un contrat thérapeutique » sur le modèle des confrères espagnols. De plus, le patient entretient une vision de la santé idéalisée où le droit à la guérison absolue serait un devoir imposé aux soignants et la maladie en particulier chronique puis la mort un échec ! Nous allons donc mettre en évidence les facteurs de risque, mais surtout de protection que dès le début des études le médecin devra essayer de développer, et expliquer le système de solidarité inter-générationnelle proposé par l'Ordre des médecins.

Pour en savoir plus

Chabrol A. Les médecins : des patients pas comme les autres. Le magazine de l'ordre national des médecins. septembre-octobre 2008.

Colloque vulnérabilité et souffrance du soignant, Paris, 4 décembre 2008.

Jung CG. Fundamental questions of psychotherapy, 1951.

La souffrance du médecin : thème de la journée organisée par l'Ordre des médecins à Lyon 28 mars 2010.

Léopold Y. Les médecins se suicideraient-ils plus que les autres ? Informations ordinales. 2003.

Tholin S. Épouse PELLARIN ; thèse : Les étudiants en médecine : entre accomplissement et épuisement. Thèse de médecine, Lyon 2008, 249 pages, 1 tableau, 1 illustration.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.203>

S13C

Protections nécessaires dans l'intervention psychothérapeutique de crise

V. Dubois

Clinique universitaire Saint-Luc, 1200 Bruxelles, Belgique

Mots clés : Intervention de crise ; Cadre thérapeutique ; *Burn out* des soignants

La pratique de crise se transforme dans de nombreux pays européens. En Belgique, une réforme majeure de l'organisation des soins est en cours et oblige notamment les praticiens en santé mentale à sortir des murs de l'hôpital et développer une pratique au domicile des usagers. Plus que jamais, outre le contenu de nos interventions, il faut penser le cadre de celle-ci et particulièrement les éléments de protection nécessaires aux soignants pour être opérant. Deux dimensions nous semblent prioritaires : le cadre thérapeutique et le bien-être de l'intervenant. Du côté du cadre thérapeutique, la lisibilité et la clarté du mandat, la répartition des rôles dans le travail multidisciplinaire et la transmission des informations vis-à-vis de l'extérieur quel qu'il soit sont des points à bien appréhender. En ce qui concerne le bien-être du soignant, ici, plus que jamais, les risques d'inconfort et d'épuisement sont majeurs. Il faudra donc penser des dispositifs capables de les cerner et d'y apporter des solutions.

Pour en savoir plus

Nicaise P, Costa J, Dubois V, Lorant V, & the "Title 107" Study Group. The mental healthcare system reform in Belgium: assessing network outcomes and inter-organisational effectiveness. *Eur J Public Health* 2011;21(Suppl. 1):163.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.204>

Être(s) psychiatre(s) : du pourquoi au comment ? (Symposium du Comité Jeunes Psychiatres et de l'AFFEP)

Président : L. Bindler, Clinique Psychiatrique du Parc, 44000 Nantes, France

S19A

Identité professionnelle de l'interne en psychiatrie : résultats de l'enquête de l'AFFEP auprès des internes

D. Sebbane

EPSM Lille Métropole, 59000 Lille, France

Mots clés : Psychiatrie ; Interne ; Profil identitaire ; Sociologie

« L'interne de psychiatrie n'est pas là par hasard ! », « il préfère la littérature à la science ! », « il a raté l'Examen Classant National non... ? » Voilà nombre de représentations qui sous-tendent les nombreux préjugés portés sur les jeunes psychiatres en formation et qui semblent questionner les motivations pour l'exercice de la profession. La psychiatrie semble en effet être une spécialité médicale « à part », qui se distingue des autres par sa spécificité et l'originalité de sa pratique. Les internes de psychiatrie se distinguent-ils tout autant de leurs confrères ? Aucune étude ne s'est encore intéressée au profil identitaire du jeune psychiatre en formation, pourtant les représentations, parfois stigmatisantes, sont nombreuses bien que non objectivées. Alors aujourd'hui, pourquoi devient-on psychiatre ? Quelle est la spécificité des contours de la photographie socio-démographique de l'interne en psychiatrie ? Existe-t-il des prédispositions ou des facteurs communs à ceux qui se destinent à devenir psychiatre ? Aussi, comment l'interne en psychiatrie se projette-t-il dans l'exercice de son futur métier ? Pouvons-nous dresser une esquisse de ce que sera le paysage de la pratique des psychiatres à l'avenir ? Voilà autant de questions auxquelles l'Association Fédérative Française des Étudiants de Psychiatrie (AFFEP) a tenté de répondre à travers une enquête nationale menée auprès de 1299 internes dont 760 internes de psychiatrie, 253 internes de médecine générale, 124 internes d'anesthésie-réanimation, 60 internes de neurologie et 45 internes de chirurgie orthopédique. La méthodologie a consisté en l'envoi d'un questionnaire anonyme par mail à tous les internes français inscrits sur les mailing-listes nationales des cinq spécialités citées. Les résultats de cette enquête viennent certes confirmer quelques idées mais en bousculent aussi beaucoup d'autres.

Pour en savoir plus

Andlauer O, et al., Factors influencing French medical students towards a career in psychiatry. *Psychiatr Danub* 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.205>

S19B

Début de carrière : comment éviter les mauvais plans ? Un point sur les statuts et la richesse des modes d'exercices de la psychiatrie

O. Andlauer

CHU de Besançon, 25000 Besançon, France

Mots clés : Carrière ; Psychiatrie publique ; Libéral ; Médicosocial
La psychiatrie constitue une spécialité variée, y compris dans ses possibilités de modes d'exercices. Cependant, les premiers stages d'internes ne permettent pas toujours d'appréhender toutes ces opportunités [1]. Existe-t-il des bons plans à ne pas rater, et des mauvais à surtout éviter ? L'hôpital public permet une pratique proche de ce que l'interne a connu au cours de son internat, et de débiter une carrière de psychiatre de secteur ou universitaire.

En plus du statut de Praticien Hospitalier, il propose des modes d'exercices qui sont réservés aux jeunes psychiatres : le « post-internat », qui correspond aux différentes formes d'assistantat. Mais, s'il est bien un domaine de la psychiatrie que l'interne ne connaît pas, c'est le travail dans le secteur privé [3]. Il n'est pourtant pas moins riche que celui dans le public, et offre souvent une plus grande souplesse et indépendance dans le travail. Les possibilités offertes vont du travail en libéral, que ce soit en clinique ou en cabinet, au salariat. Il est possible (et très fréquent), d'avoir une activité mixte publique-privée. Souvent, les psychiatres du médicosocial ont plus un rôle de supervision, de liens avec les établissements psychiatriques [2], et d'évaluations et de suivis de certains pensionnaires en souffrance psychique. On y trouve une grande variété, des CMPP qui demandent un travail clinique « classique », aux instituts de type éducatifs, ou encore aux foyers (jeunes travailleurs, handicapés...). Ces dernières années se sont aussi développés des services dont l'orientation est plus celle d'une « aide à la vie sociale ». Il existe bien d'autres modes d'exercice encore : humanitaire, industrie pharmaceutique, ou encore conseil stratégique en entreprise, journalisme médical... Chaque mode d'exercice a donc ses avantages et ses inconvénients. De plus, une carrière peut évoluer, et la possibilité d'associer ces différents types d'activités enrichit les possibilités.

Références

- [1] Berger-Vergiat A, Chauvelin L, Van Effenterre A. Souhaits de pratique des internes de psychiatrie : résultats d'une enquête nationale. *Encephale* 2012 [In review].
- [2] Constant J. « Quel avenir pour les rapports entre équipes psychiatriques et médicosociales ? », *Enfances Psy* 3 2008; 40:100-108.
- [3] Royer V. Enquête sur les pratiques des psychiatres en cabinet libéral. *Psychiatries* 2012;58:29–36.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.206>

S19C

Le polymorphisme du psychiatre : caméléon ou girouette ? Ou l'itinéraire d'un psychiatre

M. Jurus

1, avenue Maréchal-Foch, 69006 Lyon, France

Mots clés : Psychiatrie communautaire ; Socialité ; Urgence psychiatrique privée ; Hospitalisation psychiatrique à domicile
La formation initiale du jeune psychiatre offre peu de moyens de découvrir la diversité des pratiques possibles en psychiatrie après des années de formation clinique publique hospitalière. Nous apportons ici le témoignage des expériences vécues, après notre internat, comme la consultation en cabinet, la découverte de l'hospitalisation à domicile et de la psychiatrie communautaire, de psychiatre attaché en médecine interne et en urgences médicales mais aussi la création d'un service d'urgence psychiatrique en pratique libérale. L'exercice privé permet de se confronter à des configurations particulières sans la protection rassurante mais rigide de l'institution. Il autorise la création de structures souples qui s'adaptent à la demande, mais exige du psychiatre un polymorphisme dans son attitude clinique. Son comportement doit changer quand il rencontre un malade à son domicile, ou quand il fait un entretien dans un couloir, à travers une porte ou sur un banc public. La diversité de la pratique provoque la rencontre avec des interlocuteurs multiples : famille, travailleurs sociaux, médicaux ou paramédicaux, et la nécessité de déterminer ce que l'on peut dire et comment le dire, de ce que l'on peut faire et comment le faire. Le psychiatre doit faire preuve d'une véritable polyvalence qui demande une souplesse de fonctionnement bien éloignée de ce que la psychiatrie hospitalière impose. L'adaptation à des terrains nouveaux nécessite de faire constamment une analyse de la pratique pour préserver une cohérence interne. La pratique éveille

une théorisation en mouvement. Le psychiatre reste le même et s'adapte au milieu pour permettre un soin.

Pour en savoir plus

Hochmann J. Pour une psychiatrie communautaire. Ed. du Seuil, Paris, 1971.

Jeanson F. Éloge de la psychiatrie. Ed. du Seuil, Paris, 1979.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.207>

Compétence culturelle et prise en charge des personnes migrantes et réfugiées

Président : R. Bennegadi, Centre Française-Minkowska, 75017 Paris, France

S26A

Compétence culturelle et prise en charge des personnes migrantes et réfugiées

R. Bennegadi

Centre Française-Minkowska, 75017 Paris, France

Mots clés : Compétence culturelle ; *Illness* ; *Sickness* ; *Disease* ;

Anthropologie médicale clinique

La compétence culturelle telle qu'elle est développée au centre Française-Minkowska a ceci de particulier dans le fait qu'elle tient compte non seulement de la dynamique entre le thérapeute et le patient mais également du système de soins dans lequel fonctionne cette offre thérapeutique. Il s'agit essentiellement de mettre le thérapeute dans les conditions optimales pour élaborer un diagnostic ou une indication thérapeutique. La dimension linguistique bien entendu n'est jamais négligée, le travail se fait essentiellement sur la reconnaissance de la dynamique engagée par la confrontation des modèles explicatoires. Cela permet au patient d'exprimer sa souffrance avec ses propres termes et ses références culturelles (*illness*) et au thérapeute de formuler au plus juste la nosographie psychiatrique éventuelle (*disease*), tout en tenant compte des déterminants sociaux et de leur impact soit précarisant, soit destructurant. Cette approche est celle de l'anthropologie médicale clinique.

Pour en savoir plus

Hellman CG. Culture, health and illness. 2nd ed. Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford, 1990 [1st ed., John Wright and Sons Ltd, 1984].

Kirmayer LJ, Groleau D, Guzder J, Blake C, Jarvis E. Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Can J Psychiatry* 2003;48(3):145–153. [Montréal].

Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry. Berkeley, Univ. of California Press, 1980.

Paris C, Bennegadi R, Bourdin MJ. « Santé mentale des migrants et des réfugiés : le cadre de l'anthropologie médicale clinique ». *Transfaire Cult Rev Anthropol Med Clinique* 2009;1:12–26.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.208>

S26B

L'apport de l'anthropologie médicale clinique dans la formation des professionnels en santé mentale

S. Consoli

Hôpital Européen Georges-Pompidou, 75015 Paris, France

Mots clés : Personnes migrantes et réfugiées ; Confrontation des représentations culturelles ; Anthropologie médicale clinique ; *Illness* ; *Sickness* ; *Disease*