



10^e JOURNÉE DE L'INTERNE

12 mars 2010

Hôpital SAINTE ANNE (Paris)

Association des amis de Pierre DENIKER
pour l'enseignement de la psychiatrie

&

AFFEP

Association Française Fédérative des étudiants en psychiatrie





Association des amis de Pierre DENIKER pour l'enseignement de la psychiatrie
Hôpital Sainte-Anne
1, rue Cabanis
57014 Paris
Site internet : www.association-pierre-deniker.org



AFFEP
Association Française Fédérative des étudiants en psychiatrie
17, rue du Fer à Moulin
75005 Paris
Site internet : www.affep.net et e-mail : affepsy@yahoo.fr



Les Laboratoires SERVIER
partenaire de l'Association des amis de Pierre DENIKER pour l'enseignement de la psychiatrie
22, rue Garnier
92578 Neuilly-sur-Seine Cedex
Site internet : www.servier.fr

Sommaire

LES ASSOCIATIONS

- Association des amis de Pierre Deniker pour l'enseignement de la psychiatrie *J.P. Olié* p. 2
- Présentation de l'AFFEP p. 3

LA FORMATION A LA RECHERCHE

- Avantages d'une formation à la recherche *F. Bellivier* p. 5
- Préparation et organisation d'une année recherche *F. Jollant* p. 6
- Deux parcours de formation à la recherche
N. Bruno p. 8
M. Plaze p. 9
- Résultat sur l'enquête sur la recherche pendant l'internat *A. van Effenterre* p. 10

CONTROVERSES A PROPOS DES OUTILS DE LA PSYCHIATRIE

- Prescriptions d'antidépresseurs *E. Corruble* p. 12
- Délivrance du titre de psychothérapeute *F. Kammerer* p. 14
- Soins sans consentement *G. Vidon* p. 16

Association des amis de Pierre Deniker pour l'enseignement de la psychiatrie

Pierre Deniker (1917-1998) a mené sa carrière de psychiatre à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris. Il a joué un rôle essentiel dans le développement de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique.

L'Association des amis de Pierre Deniker pour l'enseignement de la psychiatrie est née de la volonté du docteur Jacques Servier, président des Laboratoires Servier, des proches et des élèves de Pierre Deniker, de faire reconnaître l'ampleur de ses travaux.

L'Association des amis de Pierre Deniker pour l'enseignement de la psychiatrie entend promouvoir, soutenir ou aider tous les aspects de la psychiatrie : l'enseignement, la recherche clinique et les développements thérapeutiques, mais aussi favoriser les échanges entre scientifiques dans le domaine des neurosciences, dont la journée Pierre Deniker, et la journée de l'interne...

L'Association des amis de Pierre Deniker pour l'enseignement de la psychiatrie, en partenariat avec l'AFFEP (Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie), rassemble depuis 10 ans les internes de première année venus de toutes les régions de France.

Nous souhaitons contribuer ainsi aux progrès de la thérapeutique psychiatrique.

J.P. Olié

Président

H. Lôo

Vice-présidents

J. P. Olié

L. Perret

Secrétaire générale

M. F. Poirier

Trésorier

M. Boudin

Présentation de l'AFFEP*

Association Française Fédérative des étudiants en psychiatrie

L'AFFEP (anciennement intitulée Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie) a été créée en 1998, initialement pour participer au forum européen des internes en psychiatrie : l'EFPT (*European Federation of Psychiatric Trainees*). Les missions de l'AFFEP sont nombreuses : favoriser le dialogue entre internes, diffuser les informations concernant l'internat et la formation au métier de psychiatre, aider à la création et au développement des associations locales, participer à l'amélioration de la formation et à l'organisation de congrès, représenter les internes auprès des tutelles... Loin des clivages et autres obédiences, l'AFFEP est avant tout un lieu de rencontres et d'échanges cherchant à porter la voix des internes et à les accompagner tout au long de leur cursus.

LA COMMUNICATION ENTRE INTERNES

Comme son nouveau nom l'indique, l'AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie) est devenue en 2007 une association fédérant l'ensemble des associations locales d'internes en psychiatrie. En effet, la majorité des 26 villes universitaires de France a une association regroupant les internes en psychiatrie, avec au sein de son bureau un membre élu délégué AFFEP. Le bureau de l'AFFEP (actuellement 8 membres, élus pour un an) ainsi que l'ensemble des référents se réunissent plusieurs fois par an au cours d'assemblées générales afin d'échanger autour de la formation en psychiatrie. Cette formation est très disparate sur l'ensemble du territoire français, aussi bien en ce qui concerne la formation pratique que théorique. Il est donc important qu'un lieu où chacun puisse comparer sa formation, ses pratiques et son idée de l'exercice de la psychiatrie existe.

Ce dialogue se situe également au niveau européen, grâce à l'EFPT. Créée en 1992 à Londres, cette association, composée initialement de 9 pays, en regroupe aujourd'hui 28. Une de ses vocations est d'établir des recommandations concernant la formation au métier de psychiatre. Ces recommandations sont ensuite défendues

auprès de nos tutelles européennes (UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes).

Depuis 1999, l'AFFEP est membre permanent de l'EFPT. Chaque année, 2 internes du bureau de l'AFFEP, participent au forum de l'EFPT, moment riche d'échanges avec présentations des associations nationales, créations de projets de recherche, moments de discussions et de débats sur la formation à travers l'Europe... En 2010, le forum a lieu en Croatie, à Dubrovnik.

LA DIFFUSION DES INFORMATIONS

Pour échanger et diffuser un maximum d'informations, l'AFFEP a un site internet (www.affep.net) qui rassemble les informations générales sur l'internat de psychiatrie en France, ainsi qu'un focus sur les spécificités de chaque ville (rubrique : « l'internat ville par ville ») et sur l'EFPT. Afin de permettre une meilleure diffusion des informations, l'AFFEP dispose par ailleurs d'une *mailing liste*, lieu d'échanges et de dialogues pour tous les adhérents. Par ailleurs, l'AFFEP envoie à partir de la rentrée 2010, un journal trimestriel à ses adhérents pour les informer des nouveautés les concernant.

LA PARTICIPATION AUX CONGRÈS

L'AFFEP participe à l'organisation de congrès et journées de formation pour les internes, avec notamment le CNIPsy : Congrès National des Internes en Psychiatrie qui se déroule en 2010 à Marseille, et en 2011 à Lille; et la JDI : Journée de l'Interne, organisée chaque année avec l'Association des Amis de Pierre Deniker au SHU de l'hôpital Sainte-Anne à Paris.

L'AFFEP s'associe également aux événements nationaux majeurs, comme le congrès de l'Encéphale, le Congrès Français de Psychiatrie, le congrès de la Société de l'Information Psychiatrique... Lors de ces congrès, l'AFFEP organise des symposiums ou tables rondes et permet aux adhérents de bénéficier de tarifs avantageux. La date et les programmes de ces événements mais également d'autres congrès, aussi bien nationaux que régionaux, se trouvent sur le site de l'AFFEP dans la rubrique « congrès ».

* Présentation complétée en juin 2010 par Jordan Sibeoni, délégué EFPT et Aude van Effenterre, présidente de l'AFFEP

L'AMÉLIORATION DE LA FORMATION

L'AFFEP souhaite homogénéiser la formation sur le territoire, tout en conservant les spécificités régionales et en ouvrant la formation sur l'extérieur.

Depuis plusieurs années, l'AFFEP est en discussion sur la réforme de la maquette du troisième cycle, en lien avec le CNUP (Collège National des Universitaires de Psychiatrie) et avec l'ensemble des organisations syndicales et des associations scientifiques. L'AFFEP a par ailleurs été auditionnée au ministère de la Santé par la CNIPI (Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat) en mai 2010, afin d'exprimer les souhaits des internes par rapport à la future réforme des DES.

LES LIENS AVEC LES SYNDICATS

L'AFFEP est en lien avec l'ISNIH (Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux) par l'intermédiaire de ses 2 délégués, et a un rôle consultatif, prenant une part active dans les discussions actuelles concernant la formation des internes et en particulier la réforme de la maquette. Elle est aussi en lien avec le SIHP (Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris).

L'AFFEP est également l'invitée permanente du CASP (Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie), qui regroupe la majorité des syndicats de psychiatres (publics, salariés, privés et universitaires) et décide des différentes positions à tenir par rapport aux décisions politiques concernant la psychiatrie. Dans ce cadre, une revue de presse concernant l'actualité de la psychiatrie est envoyée de façon hebdomadaire aux adhérents de l'AFFEP.

ET ENFIN : COMMENT FAIRE PARTIE DE L'ASSOCIATION ?

Pour adhérer à l'AFFEP, il suffit de cotiser, soit de façon individuelle (15 euros), soit de façon collective par l'intermédiaire de son association locale (10 euros).

N'hésitez pas à nous contacter (en nous écrivant à affepsy@yahoo.fr) pour toutes questions, remarques, difficultés, suggestions... concernant votre formation, et à venir nous rejoindre... ■

Pour plus d'informations : www.affep.net

Avantages d'une formation à la recherche

D'après la conférence de Frank BELLIVIER*

Groupe Hospitalier Henri Mondor

Service de Psychiatrie

51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny

94010 CRETEIL cedex

L'internat en psychiatrie est une période propice à l'ouverture d'esprit et à la possibilité d'appréhender des théories diverses. Du fait de ses responsabilités encore mesurées et de sa disponibilité relative, l'interne peut en profiter pour « butiner ». Une donnée importante doit être prise en compte lorsque l'on s'intéresse à cette discipline : la progression récente et vertigineuse, voire « l'explosion » des connaissances qui la nourrissent. L'enjeu pour la génération actuelle de psychiatres est le défi de l'intégration d'une quantité de connaissances extrêmement variées. Se confronter à la recherche permet d'avoir des outils pour mieux appréhender cette somme de connaissances. La question de « qu'est ce que la maladie mentale ? » demeure ; les théories sont diverses et l'interne doit réussir à faire l'intégration de cet ensemble de données. La maladie mentale se passe, au moins en partie, dans le cerveau mais celui-ci est en relation avec son environnement... Ceci démontre toute la complexité de l'approche de notre discipline.

Les avantages de se former à la recherche peuvent se décliner en plusieurs points :

- 1) La recherche offre des outils permettant de penser les théories de façon plus intégrée et d'élargir ses connaissances de façon exponentielle et circulaire autour d'un champ donné. Cette démarche apporte un recul qui permettra par la suite de mieux comprendre le cas particulier. En effet, le soin reste le cas particulier alors qu'en recherche, nous nous intéressons à des entités telles que « les déprimés », « les schizophrènes résistants ». S'extraire de la clinique durant une période destinée à la recherche permet d'y revenir avec des idées plus claires, probablement mieux construites.
- 2) La recherche permet donc d'expérimenter la manière d'aborder le cas général. A partir de l'expérience individuelle, une translation se fait, grâce à la recherche, vers le phénomène dans sa globalité. L'activité de recherche vient alors compléter l'expérience du cas

individuel. Les questions du choix du domaine et de l'équipe de recherche se posent : il semble que le fait de « sortir du champ de l'espace clinique », vécu comme une petite prise de risque, soit *in fine* très mobilisateur. Se faire violence à un moment donné pour se diriger vers un domaine inconnu et appréhendé est une situation inconfortable au départ mais qui crée souvent un appétit très apprécié des encadrants... Les gratifications sont différentes de celles de la pratique clinique courante (en particulier la notion du temps beaucoup plus long en recherche) mais elles sont très nombreuses et intenses surtout sur le plan intellectuel.

- 3) La recherche permet également une ouverture d'esprit sur le monde qui nous entoure donnant souvent l'occasion de partir à l'étranger, soit pour y réaliser un travail d'une durée déterminée (en collaboration avec un autre laboratoire par exemple) soit pour présenter ses résultats lors de congrès bien spécifiques. C'est souvent l'occasion de la première expérience de travaux d'écriture qui s'effectue dans un anglais scientifique très abordable.
- 4) Elle permet le développement de compétences telles que savoir lire et faire la synthèse d'un article en anglais. Elle demande aussi d'être capable de formuler des hypothèses claires, avec des objectifs précis et réalisables. Synthétiser une problématique scientifique est souvent très jubilatoire.
- 5) La recherche est par ailleurs souvent l'occasion de la première expérience de travaux d'écriture qui s'effectue dans un anglais scientifique très abordable.
- 6) Enfin, et c'est un point non négligeable, la formation à la recherche est un prérequis pour faire une carrière hospitalo-universitaire, (celui-ci pourrait d'ailleurs le devenir pour le milieu hospitalier non universitaire). Or, faire de la recherche et écrire des articles sont deux activités extrêmement chronophages d'où l'intérêt pour l'interne de s'y intéresser précocement. ■

* Synthèse rédigée par Julie Bourgin

Préparation et organisation d'une année recherche

D'après la conférence de Fabrice JOLLANT*

Hôpital Lapeyronie

Service de Psychologie Médicale et de Psychiatrie

371, avenue du Doyen Gaston Giraud

34295 MONTPELLIER

QUI EST CONCERNÉ ?

Tout le monde ne peut pas prétendre détenir les qualités suffisantes pour réaliser une année recherche. Au-delà des conditions requises, la personne intéressée se doit d'être motivée, curieuse, disponible, d'avoir un esprit d'entreprise et de savoir s'organiser. C'est une année à entreprendre dans une démarche de formation, avec une envie de connaître et de travailler. Il ne faut en aucun cas la considérer comme une pause durant l'internat.

AVANT L'ANNÉE RECHERCHE

La démarche commence bien en amont de l'année recherche. Il faut en effet s'y prendre à l'avance et obtenir tout d'abord un Master 1 (M1). A partir de la 3^{ème} année d'internat, il faut envisager un Master 2 (M2) tout en se mettant en contact avec une équipe de recherche et en ayant en tête la question du financement.

LA PRÉPARATION

Le Master 1 (ex-MSBM) :

Le mieux est de valider un M1 dont le ou les thèmes correspondent au M2 visé. La validation du M1 ne délivre pas de diplôme. Pour l'obtenir il est nécessaire de valider 60 ECTS (*European Credits Transfer System*) en sachant que la 3^{ème} année de médecine en vaut déjà 40. Les 20 points restant se diviseront entre 2 unités d'enseignement (UE) et un stage d'initiation dans une équipe de recherche labellisée.

Trouver une équipe de recherche :

Au gré de publications, de rencontres ou de congrès, il faut dès le début de l'année universitaire précédent l'année du M2, se renseigner et se mettre en contact avec une équipe qui fait de la recherche sur le sujet que l'on a choisi.

LE FINANCEMENT

Le financement est sans conteste le problème le plus important à résoudre. Il existe plusieurs possibilités :

L'année recherche :

En 2010, plusieurs modifications se sont opérées au sujet de l'année recherche. D'abord, dans un souci d'équité, elle n'est plus accordée en fonction du classement à l'ENC mais sur dossier, en fonction de la qualité du projet de recherche défendu. Ensuite, il y a un nombre de bourses année-recherche fixé chaque année par subdivisions. Il suffit donc d'être entre le 3^{ème} et le 7^{ème} semestre et de déposer son dossier à l'UFR à laquelle on est rattaché. Les dossiers retenus sont transmis à la DRASS, puis c'est le préfet, et prochainement le directeur de l'Agence Régionale de Santé, qui attribue la bourse d'année recherche. Un contrat est alors conclu et l'interne sera rémunéré durant son année recherche avec, s'il le désire, la possibilité de faire des gardes en plus.

Les Bourses :

Il existe de nombreuses bourses finançant la recherche au niveau d'un M2. On peut citer la Fondation pour la Recherche Médicale (FRM) ou encore l'Académie de Médecine. Il s'agit là encore de se renseigner activement auprès des laboratoires pharmaceutiques et des associations proposant des bourses dans le champ couvert par la thématique de la recherche que l'on souhaite mener.

Les moyens propres :

Si 5 semestres ont été validés dont 1 en pédopsychiatrie, on peut obtenir sa licence de remplacement auprès de l'Ordre départemental des Médecins, et effectuer des remplacements soit en clinique soit en cabinet libéral. Il y a aussi la possibilité de faire des gardes et bien sûr, la fortune personnelle...

Une dernière option existe mais est cependant très rare ; il s'agit de faire dans sa maquette de DES un stage hors filière à l'INSERM. Malheureusement, trop peu d'universités le proposent.

ORGANISATION DE L'ANNÉE RECHERCHE

La plupart du temps, il est demandé de se préinscrire entre mai et juin. L'inscription définitive se fera à la rentrée à la faculté de médecine correspondante.

Il sera évidemment nécessaire de choisir un responsable de stage et un laboratoire d'accueil ainsi qu'un projet

* Synthèse rédigée par Jordan Sibeoni

de recherche, celui-ci correspondant en général à un sous-projet d'une recherche déjà en cours.

Il faudra également se mettre en disponibilité, préférentiellement pour une année entière. Il est important de bien préciser aux affaires médicales du CHU et à la faculté, que la raison de cette disponibilité est l'enseignement, petit détail administratif permettant de continuer à participer aux pools de gardes. La question du choix du programme est très importante. Elle dépend évidemment des préférences de chacun et des opportunités, mais il est de toute façon conseillé de profiter de cette année pour s'éloigner un peu de la clinique en allant, par exemple, enrichir son enseignement vers des sciences plus fondamentales.

Il existe de nombreux programmes de masters très intéressants. Ils comprennent des enseignements théoriques dont l'évaluation des connaissances se fait par des examens écrits, ainsi qu'un stage en laboratoire validé par un rapport de stage écrit et présenté ensuite à l'oral.

Il faut garder en tête que cette démarche a pour principal objectif d'acquérir un esprit scientifique, il n'y a pas de résultats exigés pour les travaux menés.

Il s'agira surtout de montrer que l'on s'est bien approprié le projet, que l'on a pleinement conscience de ses limites et que l'on est à même d'en apporter une critique constructive.

De même, il est indispensable que l'étudiant soit très sérieusement encadré et qu'il puisse notamment rencontrer régulièrement son maître de stage.

L'interne sera alors à même de remplir ses devoirs, à savoir fournir un travail actif, participer aux activités du laboratoire et réussir à gérer et à organiser son temps et son projet.

VALORISER SON TRAVAIL

Après cette belle et laborieuse aventure, on obtient un Master en Sciences. Pour autant, loin d'en avoir fini, il faut alors valoriser le travail accompli. Il peut servir de thèse de médecine. Il est également recommandé de publier des articles, ou bien de présenter le fruit de ses recherches lors de congrès. Enfin, pour les plus passionnés, il est possible de poursuivre son projet de manière plus poussée en réalisant une thèse d'université (thèse de sciences). ■

Bourses :

<http://www.iedu.asso.fr>

Site internet au sujet de l'année recherche :

<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/internat-en-medecine-et-pharmacie/annee-recherche.html>

Deux parcours de formation à la recherche : expérience d'un junior

D'après la conférence de Nicolas BRUNO*

Interne DESC
TOULOUSE

Les motivations pour une formation à la recherche sont souvent multiples et non exclusives : intérêt personnel pour la recherche, curiosité pour un domaine particulier dans le champ de la psychiatrie, souhait d'avoir une activité universitaire ou encore d'effectuer une pause dans le cursus de l'internat.

En ce qui concerne le parcours de Nicolas : ses motivations étaient liées à la curiosité de ce que pouvait représenter une activité de recherche en psychiatrie, avec un intérêt particulier pour le champ des neurosciences cognitives. Durant son cursus, il a rencontré des professionnels qui lui ont transmis leur passion de la recherche et l'ont guidé dans son parcours. Au-delà de cette curiosité, Nicolas souhaitait se consacrer à la rédaction de sa thèse de médecine la même année.

Son Master 1 a consisté en la validation de deux unités d'enseignements (UE) en plus de celle des épreuves classantes nationales (ECN). Les UE validées étaient en lien avec le domaine de recherche pressenti : cognition animale et biostatistiques.

Pour son master 2, l'idée initiale était de travailler dans le champ de la cognition avec des professionnels du corps médical, mais aussi des non médecins, comme par exemple des philosophes. Le projet débute idéalement un an en avance par la rédaction du projet initial. Cela permet d'être le mieux préparé possible pour les demandes de bourses et subventions diverses (les dates limites de dépôt des dossiers se situent vers la fin du mois de mars). Anticiper le projet permet aussi d'avoir du temps pour finaliser et affiner le protocole de recherche et être opérationnel dès le début du master 2. La question du financement reste épineuse : certains organismes délivrent des bourses (FRM, réseau Fondamental, Année recherche) mais celles-ci sont plus difficiles à obtenir si le sujet s'éloigne des domaines dits conventionnels (neurobiologie, imagerie, électrophysiologie...). Un interne qui a validé cinq semestres, dont un en pédopsychiatrie, pourra effectuer des rem-

placements libéraux en parallèle. La durée classique d'un master 2 est de 1 an, mais il est possible de le faire en 6 mois (c'est ce qu'a fait Nicolas). Quelle que soit la durée du master, cela nécessite un investissement très important en termes de quantité de travail personnel et de confrontation à des procédures qui s'avèrent parfois fastidieuses.

Le master 2 « Cogmaster » choisi par Nicolas, est un master de Sciences Cognitives qui se déroule à l'ENS (Ecole Normale Supérieure) à Paris. Le recrutement est très varié, les professeurs enseignants sont des psychologues, des ingénieurs, des normaliens, des polytechniciens, des philosophes et quelques rares médecins. La validation des UE se fait sous forme de travail de mémoire et de présentations orales souvent en binômes.

L'enseignement fondamental se déroule d'octobre à janvier, incluant plusieurs matières :

- Neurosciences cognitives de la conscience
- Action, décision et volition
- Génétique et neurosciences du développement cognitif
- Méthodes d'imagerie fonctionnelle cérébrale
- Atelier d'introduction à la programmation informatique
- Statistiques

Son stage de recherche, effectué à partir de février était dirigé par un professeur de psychiatrie en collaboration avec un directeur de recherche du CNRS, philosophe de formation. Le sujet s'intitule : « La conviction dans les idées délirantes chez les sujets souffrant de schizophrénie » (approche métacognitive). Cela a consisté en un travail de recrutement, de passations de tests, d'analyse de données puis de rédaction du mémoire. Le travail de recherche a pu être valorisé lors de présentations orales et écrites dans des congrès internationaux, et par la rédaction de sa thèse et d'un article soumis dans des revues internationales.

En conclusion, si c'était à refaire, Nicolas répond sans hésitation par la positive. En effet, le master 2 permet de laisser les portes ouvertes pour une thèse de sciences et apporte une autre approche de la maladie mentale, avec des regards et des questionnements souvent éloignés des préoccupations quotidiennes des cliniciens. ■

* Synthèse rédigée par Julie Bourgin

Deux parcours de formation à la recherche : expérience d'un senior

D'après la conférence de Marion PLAZE*

S.H.U. de l'hôpital Sainte-Anne
1 rue Cabanis
75014 PARIS

Marion, actuellement jeune PH dans le service hospitalo-universitaire du Professeur Olié à Sainte-Anne, a toujours consacré une partie de son temps de formation à la recherche.

Elle a commencé lorsqu'elle était externe en médecine par la validation de son premier certificat de MSBM (Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales) intitulé « psychophysiologie ».

Puis, en 2^{ème} année de son cursus d'internat, elle fait la rencontre d'un autre interne le Dr Le Provost auprès duquel elle s'est renseignée sur des idées de thématique et d'équipes de recherche. Ce dernier l'a orienté vers le Pr J-L Martinot, directeur de l'unité Iserm-CEA U797, qui fait des recherches sur le développement de méthodes d'imagerie cérébrale en psychiatrie, et travaille plus particulièrement avec des patients atteints d'autisme ou de schizophrénie. Ces recherches contribuent à l'étude des interactions gènes-environnement à l'origine des maladies psychiatriques, et en particulier aux anomalies du développement cérébral en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte. L'objectif est d'identifier les mécanismes génétiques ou les facteurs environnementaux responsables ou associés aux maladies mentales, et d'en caractériser les atteintes fonctionnelles ou anatomiques. Cette unité se situe au Service Hospitalier Frédéric Joliot -SHFJ- à Orsay. Dans ce contexte, Marion a postulé à diverses bourses et a obtenu un financement auprès de la Fondation pour la Recherche Médicale (FRM). Elle s'est alors inscrite en DEA de neurosciences (actuel Master 2), et a travaillé sur l'étude de la compétition entre le langage et les hallucinations : 15 patients schizophrènes souffrant d'hallucinations auditives résistantes ont passé une IRM fonctionnelle lors de l'écoute de phrases. La région de Wernicke, située au niveau temporel gauche, apparaît comme une zone où la compétition entre les hallucinations et la perception des phrases a lieu. Plus les hallucinations sont sévères et moins la région de Wernicke est activée lors de l'écoute phrasée. Suite à cette recherche, elle a publié un article qui représente son travail de master 2 : « left superior temporal gyrus activation during sentence perception negatively correlates with auditory hallucination severity

in schizophrenia patients », *Plaze et al., Schizophr Res 2006*. Marion a ensuite fini ses deux dernières années d'internat, mais n'a pas complètement arrêté ses travaux de recherche puisqu'elle continuait à être présente au SHFJ une demi-journée par semaine.

Elle se décida ensuite à poursuivre en thèse de sciences. Elle a alors postulé au concours de poste d'accueil CEA-AP-HP en juin 2005, concours qu'elle a réussi et qui lui a permis d'être financée à temps complet comme assistante hospitalière de recherche pendant 2 ans. Ce poste d'accueil est un CDD (Contrat à Durée Déterminée) qui lui a permis d'interrompre sa pratique clinique et de se consacrer pleinement à son travail de thèse. Elle finira sa thèse de sciences durant son clinat qu'elle a débuté en 2007 au SHU pour une durée de deux ans. Pendant sa thèse de sciences, elle a approfondi ses recherches sur les hallucinations et a travaillé sur la question suivante : « d'où viennent les hallucinations auditives ? ». Grâce à cette recherche, Marion a publié un second article intitulé « Where do Auditory Hallucinations come from ? A brain morphometry study of schizophrenia patients with inner or outer space hallucinations », *Plaze, Scz Bull 2009*.

Cette étude distingue les patients qui souffrent d'hallucinations auditives externes de ceux qui souffrent d'hallucinations auditives internes ou intrapsychiques selon la localisation spatiale des sons ou voix entendus. L'idée était d'essayer de mieux comprendre quel est le substrat neuronal de cette différence de localisation spatiale des hallucinations. Cette localisation cérébrale a pu se faire grâce à des techniques d'imagerie et d'analyses très fines qui consistent en un travail de morphométrie (des sillons entre autres). Les résultats démontrent une association entre la localisation spatiale des hallucinations et l'anatomie de la jonction temporo-pariétale droite chez les patients. Cette jonction serait donc une région « clé » dans la manière dont sont perçues les hallucinations. Marion continue toujours sa recherche mais est dorénavant plus impliquée dans l'équipe de recherche Inserm U894 du Centre de Psychiatrie et Neurosciences (CPN) en lien étroit avec les cliniciens du SHU de l'hôpital Sainte-Anne. ■

* Synthèse rédigée par Julie Bourgin

Résultat sur l'enquête sur la recherche pendant l'internat (menée par l'AFFEP)

D'après la présentation d'Aude VAN EFFENTERRE*

Interne DESC

PARIS

En vue de la préparation de la 10^{ème} journée de l'interne, l'AFFEP a mené une enquête auprès des internes de psychiatrie concernant la recherche durant l'internat.

OBJECTIFS DE CETTE ENQUÊTE

Il s'agissait d'obtenir une idée du niveau d'informations de chacun et d'établir un état des lieux des souhaits des internes sur la recherche (ou master 2) au cours de l'internat, de façon à améliorer l'information sur les masters de recherche et les possibilités d'accès à ces masters pour ceux qui le souhaitent.

Cette enquête a été diffusée lors des rassemblements d'internes et grâce au réseau associatif (mailing liste et diffusion par les référents régionaux de l'AFFEP). Le taux de participation a atteint 45 %, soit 603 internes. Cependant une réelle hétérogénéité du taux de réponse a été observée entre les différentes régions. Ainsi, on peut s'interroger devant une telle disparité ; est-ce là le reflet de la nature de l'engagement associatif ou bien le triste constat d'un enclavement ?

LES INTERNES AYANT RÉALISÉ UN MASTER 2 RECHERCHE (M2)

Les résultats ont montré qu'un nombre non négligeable d'internes ont fait (ou sont en train de faire) un M2. Parmi les internes de 4^{ème} année, un quart des internes ayant répondu a effectué un M2. Il existe probablement un biais de sélection surestimant ce chiffre; on peut en effet supposer que les internes intéressés par la recherche ont participé d'avantage à cette enquête.

Près de la moitié de ces M2 a été réalisée dans le domaine des neurosciences. Les autres domaines de recherche fréquemment choisis par les internes sont les sciences humaines (12 %), la neuropsychologie (9 %), la psychopathologie (8 %) et la psychanalyse (5 %).

Parmi ces internes, 39 % ont pris une disponibilité pour se consacrer à leur recherche. Se pose alors la question du mode de financement : 40 % d'entre eux s'autofinancent par le biais de remplacements et de gardes. Les autres

obtiennent des bourses, mais seulement un quart a bénéficié de la bourse année recherche.

Il est intéressant de constater que, dans un quart des cas, le financement a influencé le choix du domaine de recherche. Ceci nous donne un renseignement précieux sur les limites engendrées par ce système financier.

Une autre limite explorée par le questionnaire concernait la question du lieu de la réalisation du master. Pour pouvoir effectuer un M2 dans le domaine qui les intéresse, un tiers des internes se voit contraint de changer de ville. Parmi ceux n'ayant pas changé de ville, 10 % des internes auraient été d'avantage intéressés par un autre domaine, non disponible dans leur ville.

LES INTERNES N'AYANT PAS FAIT DE M2

Parmi tous les internes interrogés, la moitié de ceux n'ayant pas fait de M2 serait intéressée par en faire un ; ce chiffre atteint même 66 % pour les internes de 1^{ère} année. On retrouve les mêmes domaines de prédilection que pour ceux qui ont réalisé un M2, mais dans des proportions différentes. Ainsi parmi les domaines proposés (plusieurs réponses possibles), les internes seraient intéressés par de la recherche en neurosciences (50 %), mais aussi en psychanalyse (30 %), en psychopathologie (40 %) et en ethnopsychiatrie (46 %).

Alors que l'offre semble en adéquation à la demande dans les sciences « dures », ces chiffres laissent à penser que malgré l'intérêt que les internes leur portent, la réalisation d'un master dans d'autres domaines, et notamment dans celui des sciences humaines (au sens large) semble plus incertaine. Parmi les internes n'ayant pas l'intention d'entreprendre un M2, on retrouve deux arguments principaux expliquant leur choix : le manque d'intérêt d'une part et la durée trop longue de leurs études d'autre part. Il est intéressant de constater que le manque de choix ou de subvention ne semblent pas être des critères discriminants dans la décision de ces internes.

CONCLUSION

Le constat le plus important que nous pouvons faire à partir de cette enquête est le décalage important entre

* Synthèse rédigée par Jordan Sibeoni

un intérêt marqué des internes pour la recherche et un manque réel d'informations sur les possibilités de M2 durant l'internat. Un travail de collaboration entre l'AFFEP, les associations locales et les universités pourrait permettre une meilleure information avec par exemple des journées d'information (comme la Journée de l'Interne), des documents écrits distribués ou encore la mise en place d'un système de tutorat.

Seulement 12 % des internes se considèrent suffisamment informés. La plupart d'entre eux provient des mêmes villes, illustrant une deuxième conclusion importante de notre enquête, à savoir l'hétérogénéité de la formation en France et le manque de communication

interrégionale. Or la mobilité des internes se doit d'être facilitée et ne peut s'envisager sans une meilleure coordination entre les régions.

Il est dommage de constater que, faute de financement, certains internes renoncent à leur ambition de recherche. Il s'agirait de repenser une aide au financement couvrant l'ensemble des domaines de recherche et d'en faciliter l'accès par une meilleure information, notamment sur les démarches administratives.

Enfin, il est difficile de rapporter ici l'opinion majoritaire concernant l'intégration d'une année recherche à l'internat mais quasiment tous les internes s'accordent sur la nécessité de maintenir son aspect facultatif. ■

Prescriptions d'antidépresseurs

D'après la conférence d'Emmanuelle CORRUBLE*

Faculté de Médecine Paris Sud, INSERM U 669

Hôpital Kremlin Bicêtre

78 rue du Général Leclerc

94270 LE KREMLIN BICETRE

Les différences entre la psychiatrie et les autres disciplines médicales à l'origine des controverses ?

Plusieurs différences notables existent entre la psychiatrie et les autres disciplines. Tout d'abord celle du sens commun et de la représentation de la maladie mentale : contrairement aux autres spécialités médicales, chaque individu a sa propre représentation de la maladie psychiatrique en lien avec son vécu et son histoire personnelle et familiale.

Ensuite celle des validateurs externes : malgré une réelle progression, notamment dans le domaine de l'imagerie, la psychiatrie possède peu de validateurs externes et ceux-ci manquent de spécificité et de critères objectifs. Enfin, celle de la causalité... Nous pouvons citer le pneumocoque comme germe causal d'une pneumopathie franche lobaire aigüe, mais que citer en ce qui concerne la maladie psychiatrique ?

Ces différences influencent notablement les controverses et polémiques autour des psychotropes et notamment des antidépresseurs (ATD).

La psychiatrie et ses modèles :

En psychiatrie, les modèles syndromiques (et non étiologiques) sont utilisés pour la description des maladies mentales. On soigne des troubles dont on ne comprend pas toujours les causes. Ainsi, les antidépresseurs améliorent les symptômes de la maladie dépressive sans agir sur la ou les causes. Parmi les causes ou modèles qui peuvent être évoqués, la dépression « névrotico-réactionnelle » *versus* « endogène », est un modèle séduisant mais erroné, qui n'a jamais été validé scientifiquement et qui reste encore trop partagé et diffusé.

Les différentes approches en psychiatrie :

Plusieurs approches sont utilisées en psychiatrie (épidémiologique, neuroscientifique, psychopathologique, etc.) et ne sont pas antinomiques. Ces différents niveaux de lecture d'un même phénomène clinique sont complémentaires, notamment en ce qui concerne la prise en charge de la dépression (association antidépresseurs et psychothérapie).

Quelles sont les connaissances des psychiatres sur la maladie dépressive et les modalités de prise en charge ?

La maladie dépressive est une maladie plurifactorielle, au pronostic péjoratif au long cours (augmentation du risque de suicide et de tentative de suicide, augmentation de la morbi-mortalité somatique). Selon le classement OMS, la dépression sera la maladie en termes de coût global en 2030.

Quant aux antidépresseurs, ce sont des médicaments qui ont fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge des épisodes dépressifs majeurs (EDM), entraînant une amélioration des symptômes et du pronostic (diminution du risque suicidaire).

Quelles sont les connaissances et représentations des médias et du grand public de la maladie dépressive ?

Pour le grand public et les médias, la dépression est souvent assimilée, voire confondue, à de la « tristesse », un « mal-être », une « souffrance », un « stress »... Il existe au sein de la population générale, une réelle méconnaissance de la dépression, et de façon plus globale de l'ensemble des maladies mentales.

Les médias véhiculent souvent des messages erronés concernant les traitements de la dépression : antidépresseurs vécus comme de mauvais objets, vision passionnelle et manichéenne de l'industrie pharmaceutique...

Un malentendu lourd de conséquences...

Il existe donc un réel malentendu entre les professionnels de santé et le grand public. Nous ne parlons pas le même langage, sous le même mot « dépression » certains entendent « maladie, trouble mental, épisode dépressif majeur », d'autres « mal-être, souffrance, déprime, stress »... Comment dépasser ce malentendu et avoir un langage commun ?

Plusieurs controverses sont évoquées :

1) Les antidépresseurs sont-ils efficaces ?

OUI, mais uniquement dans les conditions dans lesquelles ils sont étudiés (AMM).

* Synthèse rédigée par Aude van Effenterre

2) Les antidépresseurs sont-ils trop prescrits ?

NON, mais ils sont MAL prescrits. En effet, seulement 10 % des patients souffrant d'épisodes dépressifs majeurs sont correctement traités ! Par contre, de nombreux patients sont sous antidépresseurs alors qu'ils ne souffrent pas d'EDM...

3) Les ATD favorisent-ils le risque suicidaire ?

NON. Utilisés dans les conditions de la prescription AMM, les ATD diminuent le risque suicidaire.

En conclusion, les antidépresseurs, lorsqu'ils sont prescrits dans le respect des indications et des contre-indications, sont des médicaments efficaces, améliorant indiscutablement le pronostic des patients souffrant d'EDM.

Au-delà des vues médiatiques, les psychiatres doivent

être au fait des connaissances scientifiques sur les médicaments et véhiculer des messages plus clairs et informatifs sur ces traitements, de façon à atténuer ces polémiques qui desservent l'intérêt des individus souffrant de troubles mentaux.

Plusieurs questions ont été soulevées lors de la discussion : la prescription d'ATD dans les troubles anxieux contribue-t-elle à fausser les messages sur ces psychotropes ? La gratuité des ATD est-elle un facteur aggravant de cette mauvaise prescription ?

Quant à ces patients qui ne présentent pas d'EDM avéré mais sont en souffrance : comment les aider et quelle place donner aux généralistes et autres professionnels de la santé mentale dans cette prise en charge ? ■

Délivrance du titre de psychothérapeute

D'après la conférence de François KAMMERER*

123 Boulevard de Montparnasse
75006 PARIS

Suite aux nouvelles dispositions qui ont été votées en juillet 2009, le Docteur Kammerer espérait pouvoir nous apporter de nouveaux éléments sur le titre de psychothérapeute. Cependant, au moment de sa conférence, il y avait un réel flou sur l'actualité de ces textes puisqu'il n'existait aucun décret d'application de la loi sur la délivrance du titre de psychothérapeute (Ceci est amendé à la fin de cette synthèse).

L'HISTORIQUE :

L'histoire remonte en 2000, avec un questionnaire initié par Monsieur Accoyer (Président de l'Assemblée Nationale) sur la délivrance du titre de psychothérapeute et sur l'existence de psychothérapeutes exerçant sans avoir reçu de véritable formation clinique.

En 2004, un premier article de loi est voté. Certaines modifications du texte permettent d'empêcher les dérives sectaires et religieuses, avec une distinction entre ceux qui ont une formation universitaire en psychopathologie et ceux qui n'en ont pas.

En 2008, le débat sur le titre de psychothérapeute s'est réactualisé du fait d'un projet de décret de l'article 52 de la loi de 2004, qui prévoyait 400 heures de formation théorique et 5 mois de stage clinique, fractionnable autant que besoin... et ouvert à tout postulant sans distinction de formation préalable... ! Ce que les psychiatres ont bien évidemment jugé scandaleux.

LES ENJEUX DU TEXTE DE 2004 :

Les médecins, psychologues, et psychanalystes appartenant à une société de psychanalyse, avec un niveau de master 2 ou de doctorat en médecine, peuvent aspirer au titre de psychothérapeute.

La situation est différente pour les médecins généralistes qui devront accéder au cursus de formation en psychothérapie (6 mois de formation théorique et 1 an de stage pratique) pour obtenir le titre de psychothérapeute.

PLUSIEURS CONSTATS :

Tout d'abord, il existe une nette évolution des attentes des patients qui se questionnent de plus en plus sur la formation qu'a reçue leur psychiatre ou psychothérapeute.

Ensuite, le temps de formation d'un psychothérapeute doit obligatoirement être long compte tenu de la nécessité d'un diagnostic différentiel et d'un diagnostic de structure indispensables avant l'engagement de toute thérapie. Dans cette démarche, l'expérience clinique s'avère avoir un rôle majeur. Les 400 heures d'enseignement théorique et les 5 mois de stage pratique sont donc nettement insuffisants.

Enfin, le nivellement par le bas qui résulte du projet de décret d'application de l'article 52, peut s'interpréter comme une volonté économique de psychothérapie au rabais...

LES PROBLÉMATIQUES CONCERNANT LES PSYCHOTHÉRAPIES :

1) Les indications :

Peut-on élaborer et énoncer des indications de psychothérapies ? N'est-ce pas plutôt la demande qui définit l'indication de la psychothérapie ?

2) La formation :

La formation en psychothérapie est fondée sur la formation clinique et le compagnonnage. Le titre de psychothérapeute ne devrait-il pas être délivré uniquement aux psychiatres et aux psychologues ?

En ce qui concerne les médecins, plusieurs questions restent floues : celle de la formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie ; celle de la formation continue des psychiatres notamment dans le domaine des psychothérapies ; celle du financement de cette formation et de la répartition entre la part qui sera à la charge de la dépense publique et celle à la charge du futur psychothérapeute ?

Enfin, en ce qui concerne les psychanalystes : quelle société de psychanalyse sera considérée comme « sérieuse » ?

3) L'évaluation :

La question de l'évaluation est centrale : que mettre dans l'évaluation ? Que cherche-t-on à évaluer ? On peut

* Synthèse rédigée par Aude van Effenterre

distinguer l'évaluation des antidépresseurs et celle des symptômes dépressifs, mais peut-on comparer l'évaluation des antidépresseurs à celle des psychothérapies ?

EN CONCLUSION

Au-delà de la question de la délivrance du titre de psychothérapeute, la question de l'usage de ce titre est fondamentale. En effet, il paraît impossible de concevoir le travail de psychothérapeute sans une formation continue suivie, qu'elle soit de l'ordre des supervisions, des colloques ou des lectures. Ainsi ce chemin fort long à parcourir est cependant nécessaire, afin de donner un réel sens à ce titre de psychothérapeute. ■

NB : Depuis la conférence du Docteur Kammerrer en mars 2010, un nouveau décret réglementant l'usage du titre de psychothérapeute a été publié au Journal Officiel le 22 mai 2010 :

Toute personne souhaitant utiliser le titre de psychothérapeute devra être inscrite sur un registre départemental que les patients pourront consulter.

Pour s'y inscrire, elle devra avoir suivi une formation en psychopathologie clinique d'au minimum 400 heures ainsi qu'un stage pratique d'une durée de 5 mois.

***Les psychiatres** seront dispensés de formation pour obtenir le titre de psychothérapeute, et pourront s'inscrire automatiquement sur ce registre.*

***Les psychologues** devront suivre 2 mois de stage et 150 heures de formation théorique pour les cliniciens et 300 heures pour les non-cliniciens.*

***Les psychanalystes**, régulièrement inscrits dans leurs annuaires, devront suivre 200 heures de formation et 2 mois de stage.*

***Les médecins non-psychiatres** devront suivre 200 heures de formation et 2 mois de stage pour pouvoir s'inscrire sur le registre.*

Soins sans consentement

D'après la conférence de Gilles VIDON*

EPS Esquirol
57 rue du Maréchal Leclerc
94413 SAINT MAURICE

En mars 2002, la législation française a réaffirmé clairement le consentement aux soins comme une condition indispensable à toute prise en charge (loi « Kouchner » du 14 mars 2002).

Cependant, des soins sans consentement existent dans plusieurs situations : par exemple pour les enfants mineurs et pour certaines vaccinations, ou encore pour les maladies vénériennes avec un signalement obligatoire (1940), les alcooliques réputés dangereux avec une obligation de traitement (1954), les toxicomanes avec la cure de désintoxication (1970), les agresseurs sexuels (obligation de soins contre remise de peine).

Les soins sans consentement (SSC) sont à la fois, une mesure de santé publique privative de liberté individuelle, et une mesure de protection de la société au détriment des libertés individuelles. Ces soins soulèvent de nombreuses questions : celle de leur efficacité, celle du rôle du magistrat (qui devient prescripteur médical) et du rôle du médecin (qui devient exécuteur d'une sentence), celle du risque d'instrumentalisation de la médecine et de la psychiatrie à des fins de protection sociale...

On parle de SSC chez les sujets dont on estime qu'ils ne sont pas en état de donner un consentement libre et éclairé : le libre arbitre est suspendu. Or en psychiatrie, on considère que la maladie mentale est une « pathologie de la liberté » (H. Ey). La capacité à consentir comporte 5 dimensions : la capacité à recevoir une information, à comprendre et écouter, à raisonner, à exprimer librement sa décision et également à la maintenir dans le temps. Il existe ainsi une analogie entre l'accidenté de la route, dans le coma, qui bénéficie de soins sans que l'on ait recueilli son consentement, et une désespérée qui a fait une TS et est réanimée même si elle a laissé une lettre demandant à ce qu'on la laisse mourir.

HISTORIQUE :

- La loi du 30 juin 1838 (époque des « Aliénés » avec Pinel et Esquirol) : elle prévoit la gratuité des soins et la construction d'un asile dans chaque département

permettant ainsi un certain équilibre entre l'assistance, la protection et la défense sociale.

- Plusieurs nouveautés depuis : l'hospitalisation en service libre en 1945, la découverte du 1^{er} neuroleptique en 1952 (Largactil), la sectorisation dans les années 1960-1970.
- L'évolution des hospitalisations au cours du 20^{ème} siècle : diminution du nombre de lits psychiatriques (130 000 en 1980, 42 000 en 2000), de la durée moyenne de séjours (247 jours en 1971, 42 en 2000) et du nombre de patients internés: 95 % en 1945, 60 % en 1970, 15 % en 2000.
- Depuis une trentaine d'années on observe, dans la plupart des pays occidentaux, une évolution vers la judiciarisation (par exemple, création aux USA d'un tribunal au sein de l'hôpital, avec présence d'un juge 2 fois par semaine...).
- Le rapport de l'OMS sur la santé en 2001 : « Les asiles lorsqu'ils existent encore doivent être fermés et remplacés par des soins dans la communauté... et des services dans les hôpitaux généraux ». Il ne faut plus enfermer des personnes atteintes de troubles mentaux ou du comportement dans des « établissements psychiatriques de type pénitentiaire ».

LA LOI DU 27 JUIN 1990 :

- Le tiers est un individu ayant une relation personnelle antérieure avec le patient, il est demandeur d'un soin et non d'une hospitalisation sans consentement.
- Les certificats médicaux : 2 sont nécessaires pour hospitaliser un patient.

DEPUIS 2 ANS : DURCISSEMENT GOUVERNEMENTAL ?

- En décembre 2008, le Président de la République a prononcé un discours à Antony, annonçant, entre autre, la création de 5 nouvelles UMD, ainsi que celle de nombreuses chambres d'isolement. Il évoque la question du bracelet électronique pour surveiller nos malades.
- En janvier 2011 (Circulaire Hortefeux/Bachelot du

* Synthèse rédigée par Aude van Effenterre

11 janvier) : sortie d'essai pour des raisons « pas uniquement d'ordre médical »

- La réforme de la Loi de 1990 (qui devait avoir lieu en 1995) est sérieusement engagée, avec l'instauration d'un temps d'observation de 72 heures, de la possibilité de ne faire qu'un seul certificat médical à l'entrée du patient, de se passer du tiers, et de mettre en place un « Collège » pour l'abrogation des HO (deux psychiatres + un cadre).

POSITION CRITIQUE DES PARTENAIRES DE LA PSYCHIATRIE :

- Un seul certificat : par qui ? Un spécialiste ou un généraliste ? Extérieur à l'hôpital ou non ?
- Critique des soins obligatoires en ambulatoire, avec le principe d'une déconnexion des modalités de soins et de la séquestration sous forme d'internement.
- Opposition à la création d'un traitement national des données relatives aux hospitalisations d'office.

- Nécessité que les commissions départementales des hospitalisations en psychiatrie (CDHP) soient plus réactives et aient plus de moyens.

PLUSIEURS QUESTIONS SONT SOULEVÉES :

Obtient-on une meilleure sécurité en faisant de la répression ou bien de la prévention ?

Concernant les SSC en ambulatoire : quelles indications ? Comment les mettre en place étant donné les manques actuels de moyen ?

Concernant la dangerosité : Peut-on évaluer la dangerosité ? Peut-on parler de malades dangereux ? N'avons-nous pas tous une potentialité dangereuse et ne devrait-on pas plutôt parler d'état dangereux que de malades dangereux ?

Que penser de l'idée d'un « consentement anticipé », comme aux USA, où le patient peut donner son consentement en inter-critique, c'est-à-dire lors des moments où il est stabilisé ? ■

Coordination de la rédaction

Aude van Effenterre

Rédaction des synthèses

Julie Bourgin

Jordan Sibeoni

Aude van Effenterre



Journée de l'Interne 12 mars 2010 - Hôpital Sainte-Anne, service du Pr Olié.