

Est-il aujourd'hui possible d'utiliser les neurosciences computationnelles pour modéliser la symptomatologie psychotique ? Après avoir introduit le concept d'inférence circulaire, nous verrons comment des perturbations de la confiance attribuée aux connaissances a priori du sujet, d'une part, et aux informations sensorielles entrantes, d'autre part, peuvent perturber la construction des croyances. Ce modèle théorique est séduisant par sa capacité à rendre compte de la construction progressive de relations causales aberrantes et pourtant quasi-inébranlables (c.-à-d. le délire), de l'émergence de perceptions sans objet (c.-à-d. les hallucinations), mais aussi paradoxalement d'une relative immunité face aux illusions perceptives. La seconde partie de la présentation se focalisera sur la validation expérimentale de ce modèle bayésien dans la schizophrénie lors d'une tâche de choix probabiliste dérivée des expériences de *jumping-to-conclusions*. Nous terminerons par une discussion critique sur les bases neurobiologiques potentielles du modèle d'inférence circulaire.

**Mots clés** Croyance ; Hallucination ; Délire ; Décision

**Déclaration de liens d'intérêts** L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

**Pour en savoir plus**

Jardri R, Denève S. Circular inferences in schizophrenia. *Brain* 2013;136(11):3227–41.

Adams RA, Stephan KE, Brown HR, Frith CD, Friston KJ. The computational anatomy of psychosis. *Front Psychiatry* 2013;4:47.

Fletcher PC, Frith CD. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat Rev Neurosci* 2009;10(1):48–58.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.146>

## S29

### Santé mentale des internes en psychiatrie : quelle prise en charge et quelles recommandations ?

P. Hardy<sup>1</sup>, A.L. Penchaud<sup>2</sup>, B. Lavigne<sup>3,\*</sup>, M. Lardinois<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

<sup>2</sup> Faculté de médecine, département de sciences humaines, Angers

<sup>3</sup> Centre hospitalier Esquirol, pôle de psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée, unité de consultation, d'enseignement et de recherche Paul-Mondain, Limoges

<sup>4</sup> Hôpital Charles-Perrens, Bordeaux

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [lavignebe@gmail.com](mailto:lavignebe@gmail.com) (B. Lavigne)

L'internat est une période de stress chronique élevé pour les étudiants en médecine qui doivent relever le défi d'apprendre à travailler en équipe, de devenir des médecins compétents, responsables et empathiques, dans un climat parfois compétitif. Les premières études analysant la prévalence des troubles psychiatriques chez les internes dans les années 1960 retrouvaient une prévalence de la dépression d'environ 30%. Des travaux récents retrouvent des taux identiques [1] ainsi qu'une augmentation significative de la prévalence du *burn-out* et des symptômes anxieux au cours de l'internat [2]. Cependant, il semblerait que les internes souffrant de troubles psychiatriques se tournent peu vers les professionnels de santé [3], alors même que l'aggravation des symptômes retentit sur leur fonctionnement, notamment professionnel. Actuellement, il n'existe pas en France de recommandation claire quant à la prise en charge médicale et universitaire des internes en souffrance psychique, malgré des résultats encourageant d'interventions individuelles ou groupales [4]. L'Association française fédérative des étudiants en psychiatrie a donc mené une enquête auprès des représentants des internes en psychiatrie de chaque subdivision et des coordonnateurs locaux du diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie. Ce travail, présenté pour la première fois, a pour but de décrire les dispositions médicales et universitaires prises pour les internes en souffrance et celles souhaitées. L'objectif final de cette étude est d'élaborer des recom-

mandations nationales et consensuelles aidant à la prise en charge spécifique de ces étudiants. Le professeur Hardy apportera son regard avec sa double expertise de coordonnateur du DES de psychiatrie de Paris-IDF et de psychiatre intéressé par les troubles affectifs et les facteurs de risques psychosociaux. L'approche sociologique de Madame Penchaud viendra enrichir cette session où elle présentera une revue de la littérature en sciences sociales sur les motivations présidant au choix de la filière psychiatrique et proposera une analyse compréhensive de l'expérience et l'apprentissage professionnel des internes en psychiatrie.

**Mots clés** Internat ; Psychiatrie ; Santé mentale ; Prise en charge ; Recommandations

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

**Références**

- [1] Ahmed I, Banu H, Al-Fageer R, Al-Suwaidi R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care* 2009;24:e1–7.
- [2] Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burn-out, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med* 2014.
- [3] Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. I wouldn't want it on my CV or their records: medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003;37:873–80.
- [4] Melo-Carrillo A, Van Oudenhove L, Lopez-Avila A. Depressive symptoms among Mexican medical students: high prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. *J Affect Disord* 2012;136:1098–103.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.147>

## S29A

### Expérience et socialisation professionnelle des internes en psychiatrie

A.L. Penchaud

Faculté de médecine, département de sciences humaines, Angers

Adresse e-mail : [anne-laurence.penchaud@univ-angers.fr](mailto:anne-laurence.penchaud@univ-angers.fr)

Résumé non reçu.

**Déclaration de liens d'intérêts** L'auteur n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.148>

## S29B

### Prise en charge des internes de psychiatrie en souffrance : résultats d'une enquête déclarative chez les représentants et les coordonnateurs locaux

B. Lavigne (Coordinateur national AFFEP)<sup>1,\*</sup>,

A. Lepetit (Coordinateur syndical AFFEP)<sup>2</sup>,

C. Dondé (Délégué EFPT)<sup>3</sup>,

B. Barbotin (Présidente AFFEP, Vice-présidente AFFEP)<sup>4</sup>,

M. Lardinois<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Pôle universitaire de psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée, centre hospitalier Esquirol, Limoges

<sup>2</sup> Équipe mobile maladie d'Alzheimer, unité cognitivo-comportementale, hospices civils de Lyon, hôpital des Charpennes, Lyon

<sup>3</sup> Hospices civils de Lyon, Lyon

<sup>4</sup> CHU Bichat, Paris

<sup>5</sup> Centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [lavignebe@gmail.com](mailto:lavignebe@gmail.com) (B. Lavigne)

L'internat est une période de stress chronique élevé pour les étudiants en médecine et des travaux récents révèlent une prévalence importante des troubles psychiatriques au cours de cette période

[1,2]. L'Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (AFFEP) a mené une enquête afin de faire un état des lieux sur la prise en charge des internes de psychiatrie en souffrance psychologique au cours de leur cursus. Trois groupes ont été interrogés : les référents AFFEP, qui représentent les internes de psychiatrie dans chaque subdivision, les coordinateurs locaux et interrégionaux du DES de psychiatrie et du DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Entre 2013 et 2015, 86 internes ont présenté des difficultés psychologique soit environ 4% des internes. Cela s'est principalement traduit par des difficultés ou un absentéisme en stage, la mise en arrêt de travail, et quelques rares cas de suicides ou tentatives de suicide ont été décrits. Les premières personnes à signaler les difficultés étaient majoritairement le médecin chef de service, l'interne lui-même ou son co-interne. Une fois les difficultés signalées, des mesures professionnelles étaient mises en place dans 35% des cas, et 15% des internes concernés bénéficiaient de soins. La médecine du travail était peu sollicitée, tandis que le coordinateur local, les co-internes, et l'association locale représentaient les principaux intervenants. Pour tous, ce sont les coordinateurs locaux qui sont jugés les intervenants les plus légitimes dans ces situations. Les dispositifs d'évaluation de la santé des internes, en particuliers les comités médicaux, étaient peu connus des référents même s'ils sont jugés utiles par les internes et les coordinateurs locaux. Du fait de la prévalence importante des internes concernés, de l'hétérogénéité et du manque de prises en charge [3], il semble crucial de proposer des recommandations consensuelles avec les enseignants universitaires, favorisant le parcours professionnel et l'accès aux soins pour ces internes.

**Mots clés** Internat ; Psychiatrie ; Souffrance psychologique ; Santé mentale ; Recommandations ; Prise en charge

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

#### Références

- [1] Ahmed I, Banu H, Al-Fageer R, Al-Suwaidi R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care* 2009;24:e1–7.
- [2] Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burn-out, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med* 2014.
- [3] Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. I wouldn't want it on my CV or their records: medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003;37:873–80.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.149>

## S29C

### Comment organiser la prise en charge des internes en souffrance psychique ? Perspectives et recommandations

P. Hardy (Coordonnateur du DES de psychiatrie d'Île-de-France)<sup>1,\*</sup>,

L. Grichy (Interne en psychiatrie, Vice-présidente du SIHP)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service de psychiatrie, CHU de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

<sup>2</sup> SIHP

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [patrick.hardy@bct.aphp.fr](mailto:patrick.hardy@bct.aphp.fr) (P. Hardy)

La prise en charge des internes en situation de souffrance psychique comporte plusieurs étapes. La première est celle de la reconnaissance de l'état de souffrance par le sujet lui-même et/ou par son entourage proche. La seconde consiste à aider l'interne à s'adresser à la ou aux personne(s) la(les) plus qualifiée(s) pour analyser avec lui la situation et/ou lui apporter l'aide requise. Une troisième étape consiste à mettre en œuvre les moyens thérapeutiques et/ou de prévention nécessaires avec l'ensemble des personnes ressources. Chacune de ces étapes comporte des obstacles qu'il importe de connaître pour les surmonter : difficulté à reconnaître l'état de souffrance ; difficulté à faire la part entre un simple trouble de l'adaptation lié à une situation professionnelle particulière et un trouble psychique nécessitant l'intervention

d'un spécialiste ; difficultés d'accès aux spécialistes, mais aussi difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'éventuelles mesures de prévention dans le lieu de stage, enfin. Chacune de ces étapes peut impliquer l'intervention de multiples intervenants (famille et amis, pairs, enseignants, coordonnateur, psychologues, psychiatres), dont il importe de coordonner l'action dans le respect de la plus grande confidentialité. Le syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) a mis en œuvre depuis le début de l'année 2015 et en concertation avec le coordonnateur du DES de psychiatrie un dispositif d'aide aux internes en souffrance psychique intitulé « SOS-Psychiatrie ». Cette initiative permet à un interne en souffrance psychique de s'adresser, dans un premier temps, à un pair en la personne d'un membre du SIHP. L'interne pourra alors être orienté vers une des consultations d'évaluation organisées par les services de psychiatrie du réseau, avant d'être si besoin redirigé vers un suivi. Depuis sa création, 6 internes ont pu bénéficier de ce dispositif.

**Mots clés** Interne ; Souffrance psychique ; Burn-out ; Dépression ; Pairs ; Enseignants

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

#### Pour en savoir plus

Downs N, Feng W, Kirby B, McGuire T, Moutier C, Norcross W, et al. Listening to depression and suicide risk in medical students: the Healer Education Assessment and Referral (HEAR) Program. *Acad Psychiatry* 2014;38:547–53.

Goldman ML, Shah RN, Bernstein CA. Depression and suicide among physician trainees. Recommendations for a National Response. *JAMA Psychiatry* 2015;72:411–2.

Weber C. Jugement pratique et burn-out des médecins. *Rev Med Interne* 2015;36:548–50.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.150>

## S30

### Spécificités des troubles anxieux avec l'avancée en âge

P. Cléry-Melin

Clinique du château de Garches, groupe Sinoue, Garches

Adresse e-mail : [pcm@groupe-sinoue.com](mailto:pcm@groupe-sinoue.com)

Les troubles anxieux des sujets âgés de plus de 65 ans ont une prévalence estimée entre 3,2% et 14,2% [1] et représentent une source de souffrance importante, de baisse d'autonomie et impliquent un surcoût pour la société. Les troubles anxieux des sujets âgés sont fréquents mais souvent sous-diagnostiqués du fait d'une expression différente par rapport aux jeunes (nécessitant l'utilisation des mesures validées chez les sujets âgés) et de la comorbidité somatique et psychiatrique fréquentes. La plupart de ces troubles anxieux ont débuté avant l'âge de 41 ans (90%) moins de 1% débutent après l'âge de 65 ans. Parmi les troubles anxieux des sujets âgés les phobies spécifiques (incluant l'agoraphobie) et le trouble anxieux généralisé (TAG) seraient les plus fréquents suivis de PTSD [1–3]. La prévalence de l'agoraphobie est élevée et son expression suggère un sous-type de l'âge avancé [2]. Plusieurs barrières sont source de sous-diagnostic et donc de sous traitement pour les troubles anxieux des personnes âgées : la dépression comorbide (fréquente et source de résistance au traitement), les troubles cognitifs, les troubles somatiques (présents chez plus de 80% des sujets > 65 ans) ainsi que la difficulté à différencier les symptômes de l'anxiété des personnes âgées des changements psychologiques et physiques survenant avec le processus du vieillissement (ex. pattern du sommeil). Les troubles anxieux des personnes âgées sont source d'une plus grande difficulté dans la vie quotidienne, d'une faible adhésion aux traitements et sont à risque élevé de dépression comorbide et de suicide, de chutes, d'impotence physique et fonctionnelle et de solitude [1]. Par ces différentes voies, les troubles anxieux sont source d'augmentation de la dépendance des personnes âgées. Ces données impliquent l'importance d'une détection