

[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)^{1,*},

L. Grichy (Interne en psychiatrie, Vice-présidente du SIHP)²

¹ Service de psychiatrie, CHU de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

² SIHP

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : 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

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