

[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

appropriée de ces troubles fréquents chez les personnes âgées et la mise en place des traitements adaptés ainsi que des mesures de prévention efficaces.

Mots clés Trouble anxieux ; Sujet âgé ; Comorbidités

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

Références

- [1] Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety* 2010;27:190–211, <http://dx.doi.org/10.1002/da.20653>.
- [2] Ritchie K, Norton J, Mann A, Carrière I, Ancelin ML. Late-onset agoraphobia: general population incidence and evidence for a clinical subtype. *Am J Psychiatry* 2013;170(7):790–8 [American Psychiatric Publishing].
- [3] Chaudieu I, Norton J, Ritchie K, Birmes P, Vaiva G, Ancelin ML. Late-life health consequences of exposure to trauma in a general elderly population: the mediating role of reexperiencing posttraumatic symptoms. *J Clin Psychiatry* 2011;72(7):929–35, <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.10m06230>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.151>

S30A

L'effet de l'avancée en âge sur l'expression des troubles anxieux

A. Ionita

Clinique de Rochebrune, Garches

Adresse e-mail : adela.ionita@clinique-rochebrune.com

Les troubles anxieux du sujet âgé de plus de 65 ans ont une prévalence estimée entre 3,2% et 14,2% [1]. Ces troubles sont souvent sous-diagnostiqués et sous-traités chez les sujets âgés, leur expression différente par rapport aux adultes jeunes étant due aux comorbidités somatiques et psychiatriques fréquentes (notamment la dépression) et à la présence des troubles cognitifs. Les troubles anxieux des sujets âgés représentent une cause non reconnue d'incapacité et de risque de mortalité et ils ont été associés avec des maladies cardiovasculaires, des accidents vasculaires et le déclin cognitif. Les mécanismes de l'anxiété chez les sujets âgés diffèrent de ceux impliqués chez les jeunes adultes à cause des modifications neurobiologiques liés à l'âge ainsi que des facteurs de stress environnementaux plus fréquents avec l'avancée en âge. La plupart des troubles anxieux chez les sujets âgés sont chroniques et habituellement débutent plus tôt dans la vie à l'exception du trouble anxieux généralisé (TAG) et de l'agoraphobie qui peuvent avoir un début tardif. Le TAG est le trouble anxieux le plus prévalent chez les sujets âgés. Les principaux facteurs prédictifs de TAG à début tardif sont le genre (femme), les événements de vie adverses récents, les problèmes de santé chroniques (respiratoires, cardiaques, déclin cognitif) et les maladies mentales chroniques (dépression, troubles anxieux) [2]. En plus les événements de vie adverses précoces (perte parentale/séparation, maladie mentale parents) étaient associés indépendamment avec l'incidence du TAG à début tardif [2]. Le TAG du sujet âgé est caractérisé par une réponse aux traitements plus médiocre tant à la pharmacothérapie qu'aux thérapies cognitivo-comportementales. Cette différence a été attribuée aux changements neurobiologiques liés à l'âge [3]. Ces données suggèrent l'importance d'une meilleure détection de ces troubles fréquents chez les personnes âgées à l'aide d'outils spécifiques et la mise en place des stratégies thérapeutiques adaptées.

Mots clés Troubles anxieux ; Sujet âgé ; Comorbidités ; TAG

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

Références

- [1] Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety* 2010;27:190–211.

- [2] Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Generalized anxiety in communitydwelling elderly: prevalence and clinical characteristics. *J Affect Disord* 2014;172C:24–9.
- [3] Andreescu C, Varon D. New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17:53.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.152>

S30B

Late-onset agoraphobia: General population incidence and evidence for a clinical subtype

K. Ritchie^{1,*}, J. Norton²

¹ *Inserm U1061, Hôpital La Colombière, Montpellier*

² *Imperial College, London, UK*

* *Corresponding author.*

E-mail address: karen.ritchie@inserm.fr (K. Ritchie)

The general population prevalence and incidence of late-life agoraphobia was estimated and its clinical characteristics and risk factors described using data from the French ESPRIT study. One thousand nine hundred and sixty-eight persons aged 65 and above were randomly recruited from the electoral rolls of the district of Montpellier. Prevalent and incident agoraphobia diagnosed by a standardized psychiatric examination and validated by a clinical panel was assessed at base-line and over 4-year follow-up. The one-month prevalence of agoraphobia was estimated at 10.4% of whom 10.9% reported having the first-episode at age 65 or over. During the 4-year follow-up 11.2% of participants without agoraphobia at base line were classified as cases giving an incident rate of 32 per 1000 person-years. These 132 incident late-onset cases were associated with higher incident rates of anxiety disorders and suicidal ideation. Only two incident cases had past or concurrent panic attacks, which was not significantly different from non-cases. The principal base-line risk factors for incident cases derived from a multivariate model incorporating all significant risk factors were younger age of onset (OR = 0.94; 95% CI 0.90–0.99, $P = 0.02$), poorer visuospatial memory performance (OR = 1.60; 95% CI 1.02–2.49, $P = 0.04$), severe depression (OR = 2.62; 95% CI 1.34–5.10, $P = 0.005$) and trait anxiety (OR = 1.73; 95% CI 1.03–2.90, $P = 0.04$). No significant association was found with cardiac pathologies. We conclude that agoraphobia has high prevalence in the elderly and unlike younger cases, late-onset cases are not more common in women, and are not associated with panic attacks, suggesting a late-life subtype. Severe depression, trait anxiety and poor visuospatial memory are the principal risk factors for late-onset agoraphobia.

Keywords Agoraphobia; Anxiety; Depression; Suicidal ideation; Elderly; longitudinal study

Disclosure of interest The author declares that she has no competing interest.

Further reading

Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry* 2004;184:147–52.

Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord* 2008;109:233–50.

Hendriks GJ, Keijsers GP, Kampman M, Hoogduin CA, Oude Voshaar RC. Predictors of outcome of pharmacological and psychological treatment of late-life panic disorder with agoraphobia. *Int J Geriatr Psychiatry*;27:146–50.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.153>