

médecins travaillant en établissement public et privé, en supposant que la qualité de travail dans le public reste meilleure que dans le privé ; 120 médecins, tout secteur confondu, ont totalement répondu à l'enquête, composée de trois questions. Environ 3/5 des répondants étaient issus du public et 2/5 du privé ; les résultats de l'étude, utilisant le test *t* de Student, n'ont pas montré de différence significative entre le public et le privé, que ce soit pour la qualité relationnelle avec les médecins ou les autres soignants, la motivation à se rendre au travail ou la satisfaction au travail ; ceci s'explique très certainement du fait d'une puissance trop faible avec un nombre de médecins inclus trop réduit. Enfin, il apparaît qu'environ 4 médecins sur 10 sondés, disent avoir déjà vécu un épisode dépressif majeur lié à une souffrance au travail, ce qui est considérable. En conclusion, afin de montrer une vraie différence significative de qualité de travail entre le secteur public et privé, d'autres études s'avèrent nécessaires, plus puissantes, incluant un nombre plus important de médecins.

Mots clés Burn-out ; Privé ; Public ; Qualité ; Souffrance

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

Pour en savoir plus

Doppia M-A, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30(11):782–94.

Collange J, Tavani J-L, Soula M-C. Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques. *Arch Mal Prof Environ* 2013;74(1):35–43.

Liénard A, Merckaert I, Delvaux N, Razavi D. Stress et burnout des soignants. Précis de psycho-oncologie de l'adulte [Internet]. Elsevier ; 2008 [cité 18 mai 2015]. p. 279–94. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978229407149250013X>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.268>

P079

Simulation médicale en psychiatrie

C. Pham-Dinh*, F. Ligier, V. Laprévote

Centre psychothérapeutique de Nancy, Laxou, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : caroline.phamdinh@yahoo.fr (C. Pham-Dinh)

L'exercice de la psychiatrie n'est pas un exercice médical instrumental mais repose pour une grande part sur l'action directe des soignants. De ce fait, son enseignement ne peut pas être exclusivement théorique mais doit également reposer sur l'expérience vécue. Celle-ci peut reposer sur la simulation médicale permet de se forger une expérience clinique sans mettre en danger de patient. Elle est par exemple employée pour l'enseignement de la réanimation cardiovasculaire ou encore en gynécologie-obstétrique. La Haute Autorité de santé recommande l'emploi de la simulation médicale pour l'enseignement de toutes les disciplines cliniques, psychiatrie incluse. Mais, si la littérature retrouve un usage de cette technique dans différents pays, le rapport Granry et Moll a récemment souligné qu'elle était encore peu employée dans l'enseignement psychiatrique en France. Nous nous sommes interrogés sur la pertinence et l'usage de ce type d'outil dans l'enseignement de la technique d'entretien psychiatrique. Nous proposons de décrire une expérience d'enseignement par simulation ayant eu lieu de 2012 à 2014 au centre universitaire d'enseignement par simulation médicale à Nancy. Cette expérience était destinée à un public d'internes en psychiatrie et portait sur une situation clinique d'urgence. L'objectif principal était de valider l'intérêt de l'enseignement par simulation pour les techniques d'entretien psychiatrique. Nous avons également évalué la pertinence d'outils de mesure de l'efficacité de l'investigation. Cette expérience a mis en avant l'intérêt majeur des étudiants en psychiatrie pour ce type d'enseignement. Elle a également permis

de valider un outil d'évaluation de l'efficacité de l'investigation objectif et pertinent. Si l'enseignement par simulation montre son intérêt, il requiert des conditions matérielles très spécifiques que nous discutons ici. Par ailleurs, il s'applique prioritairement à certaines compétences ciblées. Sur la base de cette expérience, un programme structuré d'enseignement par simulation a été développé pour le début d'internat à Nancy.

Mots clés Simulation ; Psychiatrie ; Enseignement ; Techniques d'entretien ; Patient standardisé

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

Pour en savoir plus

Granry, Moll, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2012.

Brenner AM. Uses and limitations of simulated patients in psychiatric education. *Acad Psychiatry* 2009.

Hodges DB. What do psychiatry resident think of an objective structured clinical examination? *Acad Psychiatry* 1999.

Benett AJ. Use of standardized patients during a psychiatry clerkship. *Acad Psychiatry* 2006.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.269>

P080

Prévention des violences sexuelles en France : un enjeu de santé publique ?

E. Mozas*, I. Bertsch

CHRU de Tours, Tours, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : e.mozas@chu-tours.fr (E. Mozas)

En France, en matière de prise en charge des auteurs de violences sexuelles (AVS) l'accent est actuellement porté sur la prévention. Ce concept recouvre une réalité d'expérience vaste et multiple qui semble difficile à délimiter. Ce poster propose un modèle global des actions de prévention des agressions sexuelles menées en France auprès des AVS. Il aura la particularité d'organiser le champ de ces actions autour de 2 axes dans une perspective de santé publique :

- l'articulation des principaux acteurs de prévention : la Justice, la Santé et la Société Civile ;
- la trajectoire du patient au regard de la temporalité des comportements (étendus de l'avant premier passage à l'acte, jusqu'à la récurrence).

L'interaction de ces deux principes, nous permet de proposer trois niveaux d'actions de prévention auprès des AVS, en référence à la définition de l'OMS :

- le niveau primaire : concerne les préoccupations et les recherches portant sur la survenue du premier passage à l'acte sexuel (la souffrance et l'écoute des AVS) ;
- le niveau secondaire correspond aux actions sanitaires et judiciaires soutenues par l'évolution législative (psychothérapie, application des peines et lutte contre la désocialisation) ;
- le niveau tertiaire dont la conception étend la prévention au domaine de la réadaptation en cherchant à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale (rôle des centre ressources, accompagnement SPIP, étayage sur le réseau social).

Mots clés Prévention ; Violences sexuelles ; Santé publique

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

Pour en savoir plus

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.270>