



# de Psychiatrie Française

LA LETTRE DU SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS ET DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

## SOMMAIRE

<b>Éditorial</b>	p. 1
<b>AFP</b>	
- La scolarisation à 2 ans : une fausse bonne idée	p. 3-4
<b>Autisme : lancement d'une coordination</b>	p. 4
<b>SPF</b>	
- Actualités professionnelles	p. 5-8
- Congrès de la Fédération des Mutuelles de France	p. 9
- Sur une note	p. 9
<b>Bulletin d'abonnement La Lettre de Psychiatrie Française</b>	p. 10
<b>SISM : Santé mentale et prévention (mars 2005)</b>	p. 12
<b>DOSSIER :</b>	
<b>Penser la psychose : le psychotique et son environnement social</b>	p. 13-17
<b>Penser la psychose : Le psychotique et son environnement social (Paris, 14-15 janvier 05)</b>	p. 18-20
<b>En lisant Franz Kafka, Lewis Carroll et le projet médical 2002-2006</b>	p. 21
<b>Pas de discours sans lecture</b>	p. 22-23
- Ouvrages récemment parus	
- <i>Manuel de réadaptation psychiatrique</i>	
- <i>Histoire de la psychiatrie</i>	
<b>Grains de sel psychiatrique</b>	p. 23
<b>Petites annonces</b>	p. 24-25
<b>Chemins de la connaissance</b>	p. 26-27
<b>Site internet</b>	p. 28

## UNE PARABOLE DE L'OBJET : L'ÉVALUATION PARADISIAQUE

Yannick CANN

Nous en sommes au point où c'est l'objet qui mène la danse. C'est une exigence, un droit, dans l'égalité bienheureuse qu'on nous promet, il doit être accessible à tous, de la même façon. Le Bonheur ! La jouissance à tout prix et pour tous.

Devant un tel impératif, quiconque se trouve dépourvu de ce qui lui est dû, se voit défavorisé, désavantagé et il convient donc de réparer, de compenser ce qui ne peut être qu'une erreur, un oubli, une injustice.

Si l'on ne peut en avoir la jouissance, c'est bien que quelqu'un nous prive de l'objet car il ne peut être question que l'on en manque.

Les revendications en viennent donc à fleurir pour réclamer l'égalité des droits et la désignation du responsable de cette spoliation.

Nous voilà donc victimes d'une injustice inconcevable qui révèle que parler nous plonge dans le manque et l'insatisfaction.

Mais que fait le progrès ? Il est grand temps de suturer cette incomplétude, cette incongruité de « la nature humaine ». L'idéologie scientiste s'y emploie sans réserve, en annonçant que, dans un proche avenir, un terme sera mis à cette situation intolérable.

Elle propose, entre autres, un remède à ce problème, une solution qui s'initie d'une injonction : il faut évaluer.

Comme tout le monde le sait si bien maintenant, tout est évaluable, mesurable. C'est une question de méthode et tout se passe comme si l'objet étant évalué, le problème était déjà résolu. Ce serait scientifiquement prouvé ! Les chiffres parlent d'eux-mêmes.

Voilà la solution logique à tous nos problèmes. Comment n'y avait-on pas songé plus tôt ? Pourquoi compliquer ce qui apparaît d'une simplicité désarmante ?

Évaluons donc cet objet pour mieux définir celui qui sera enfin capable de combler cette insatisfaction.

D'où cet amour pour l'évaluation, sinon une véritable passion. Cet objet, on le détaille, on le mesure, sous toutes les coutures, de tous les côtés. Mais bien sûr qu'il est chiffrable ! On le regarde alors avec émerveillement, on rêve de sa perfection, il devient enfin réalité.

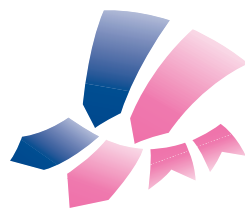
Quel contentement de le faire accéder à la dignité de l'objet évalué, de le façonner tel qu'il doit être : normalisé, apte à répondre à ce que l'on attend de lui, et au moins il est garanti. La vie va devenir plus simple et sans surprise. Avec quel délice on s'offre pour les uns, on se dévoue pour les autres à ce bel exercice.

Évaluez-moi, pas tout de suite, pas trop vite... et vous, évaluez-vous !

Plus d'hésitation, entrez dans l'évaluation, laissez-vous évaluer, c'est pour le bien général, le monde n'en sera que meilleur. Ayez confiance !

Y. C.

Secrétaire Général Adjoint AFP



# norset®

mirtazapine **15 mg** comprimé pelliculé  
**15 mg/ml** solution buvable

Mécanisme d'action : **noradrénergique** **sérotoninergique**

Le seul antidépresseur  
en solution buvable  
avec pompe doseuse\*



## Episodes dépressifs MAJEURS\*

www.Orgapsy.com

\* Cf. Vidal 2004

\* c'est-à-dire caractérisés

**DENOMINATION:** NORSET® 15 mg, comprimé pelliculé. NORSET® 15 mg/ml, solution buvable. Mirtazapine. **FORMES ET PRESENTATIONS:** NORSET® 15 mg comprimé pelliculé sous plaquettes thermoformées - boîte de 30. NORSET® 15 mg/ml, solution buvable en flacon avec pompe doseuse (66 ml). **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:** *Comprimé pelliculé:* Mirtazapine 15,00 mg. Colorants : dioxyde de titane, oxyde de fer jaune. Excipient q.s.p. 1 comprimé. *Solution buvable:* Mirtazapine 15,00 mg. Conservateur: Benzate de sodium. Excipient pour 1 ml. **INDICATIONS:** Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:** **Posologie\*:** La posologie initiale doit être adaptée individuellement dans la fourchette des doses recommandées. Cette posologie sera éventuellement réévaluée après 2 à 4 semaines de traitement effectif. En l'absence de réponse après 2 à 4 semaines, arrêter le traitement. *Adultes:* Le traitement devra débiter à 15 mg par jour. Il sera généralement nécessaire d'augmenter la posologie pour obtenir une réponse clinique optimale. La dose effective journalière est habituellement comprise entre 15 et 45 mg. *Comprimé pelliculé:* **C.T.J.:** 0,58 euros à 1,74 euros. *Solution buvable:* **C.T.J.:** 0,57 euros à 1,70 euros. **Sujets âgés:** La dose recommandée est la même que chez l'adulte. L'augmentation de la posologie pour obtenir une réponse clinique optimale exige une surveillance étroite. Le traitement sera instauré à la posologie la plus faible et l'augmentation des doses, si nécessaire, sera très progressive. *Enfants:* La mirtazapine n'est pas recommandée chez l'enfant. **Insuffisant rénal ou hépatique:** La posologie devra être diminuée, la clairance de la mirtazapine étant diminuée chez l'insuffisant rénal ou hépatique. **Mode d'administration\*:** *Comprimé pelliculé:* Avaler les comprimés sans les croquer au cours d'un repas, de préférence le repas du soir. *Solution buvable:* La solution doit être administrée par voie orale, de préférence diluée dans un verre contenant un peu d'eau. **Durée de traitement:** Le traitement par antidépresseur est symptomatique. Le traitement d'un épisode est de plusieurs mois (habituellement de l'ordre de 6 mois) afin de prévenir les risques de rechute de l'épisode dépressif. L'arrêt du traitement sera progressif. **CONTRE-INDICATIONS:** Ce médicament NE DOIT JAMAIS ETRE utilisé dans les cas suivants: - Hypersensibilité à la mirtazapine ou aux autres constituants du produit. Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE utilisé dans les cas suivants: - Association avec l'alcool (cf. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions). - Allaitement. **MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI\*:** **Mises en garde:** Des perturbations sanguines habituellement réversibles de la lignée blanche, telles que agranulocytoses, leucopénies et granulocytopenies ont été rapportées avec la mirtazapine (cf. Effets indésirables). L'apparition de symptômes tels que fièvre, angine, stomatite ou autres signes d'infection impose l'arrêt du traitement et la réalisation d'une numération-formule sanguine. Il appartient au prescripteur d'informer les patients de la possible survenue de ces symptômes et de l'importance de signaler leur apparition à leur médecin. En cas d'ictère le traitement sera arrêté. Comme lors de tout traitement par antidépresseur, le risque suicidaire chez les patients déprimés persiste en début de traitement, la levée de l'inhibition psychomotrice pouvant précéder l'action antidépressive proprement dite. Bien que les antidépresseurs n'entraînent pas de toxicomanies, l'arrêt brutal d'un traitement prolongé peut provoquer de rares cas de syndrome de sevrage avec des céphalées, maux de tête, nausées, anxiété, troubles du sommeil. Il est recommandé de réduire progressivement les doses et de surveiller tout particulièrement le patient durant cette période. *Comprimé pelliculé:* En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase. *Solution buvable:* En raison de la présence de maltitol, ce médicament est contre-indiqué en cas d'intolérance au fructose. **Précautions d'emploi\*:** En cas de virage maniaque franc, le traitement par la mirtazapine sera interrompu et, le plus souvent, un neuroleptique sédatif prescrit. Une aggravation des symptômes psychotiques peut s'observer en cas d'administration d'antidépresseurs aux patients atteints de schizophrénie ou d'autres psychoses; la symptomatologie paranoïde peut être majorée. L'absorption d'alcool est fortement déconseillée pendant la durée du traitement. La mirtazapine doit être utilisée avec prudence: - en cas d'insuffisance hépatique et/ou rénale; - chez les sujets atteints de certaines affections cardiovasculaires, à type de troubles de la conduction, d'angine de poitrine, d'infarctus du myocarde récent ou d'hypertension artérielle; - chez les patients épileptiques ou ayant des antécédents d'épilepsie. De très rares cas d'hypotonémie ont été rapportés sous mirtazapine, particulièrement chez les patients âgés ou traités par diurétiques ou d'autres médicaments susceptibles d'entraîner cette anomalie électrolytique. Comme pour d'autres antidépresseurs, la prudence s'impose également: - chez le sujet âgé; - chez les sujets atteints de glaucome aigu à angle fermé ou d'augmentation de la pression intra-oculaire; - chez les diabétiques. *Solution buvable:* Ce médicament contient du sodium: en tenir compte chez les personnes suivant un régime hyposodé strict. **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS\*:** - Association déconseillée avec l'alcool: majoration par l'alcool de l'effet sédatif de ces substances. - L'association avec les autres dépressifs du SNC est à prendre en compte (dérivés morphiniques, barbituriques, benzodiazépines, anxiolytiques autres que benzodiazépines, hypnotiques, neuroleptiques, antihistaminiques H<sub>1</sub> sédatifs, antihypertenseurs centraux, baclofène, thalidomide): majoration de la dépression centrale. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT\*:** Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser la mirtazapine pendant la grossesse. En l'absence de données dans l'espèce humaine, sur le passage de la mirtazapine dans le lait maternel, l'utilisation de ce médicament devra être évitée chez la femme qui allaite. **CONDUITE ET UTILISATION DE MACHINES\*:** Risques de somnolence, de troubles de la concentration et de la vigilance. **EFFETS INDESIRABLES\*:** Les effets indésirables les plus fréquemment observés au cours du traitement par la mirtazapine sont: - augmentation de l'appétit et prise de poids, - somnolence survenant généralement pendant les premières semaines de traitement (une diminution de la posologie ne conduit généralement pas à une réduction de l'effet sédatif mais peut compromettre l'efficacité du traitement antidépresseur). Plus rarement, des élévations des enzymes hépatiques ainsi qu'une atteinte hématologique habituellement réversible à type de leucopénie, agranulocytose, neutropénie, thrombopénie ont été rapportées. Dans de rares cas on a également été rapportés: - hypotension orthostatique, - accès maniaque, - convulsions, tremblements, myoclonies, - œdème avec prise de poids associée, - exanthème, - sécheresse de la bouche. De très rares cas d'hypotonémie ont été rapportés. De très exceptionnels cas de bradycardie ou de tachycardie ont été observés en tout début de traitement. Certains des effets indésirables peuvent être aussi liés à la nature même de la maladie dépressive: - levée de l'inhibition psychomotrice avec risque suicidaire; - inversion de l'humeur avec apparition d'épisodes maniaques; - réactivation d'un délire chez les psychotiques; - manifestations paroxystiques d'angoisse (pour les antidépresseurs psychostimulants). *Solution buvable:* En raison de la présence de maltitol, risque de troubles digestifs et de diarrhées. **SURDOSAGE\*:** Les études toxicologiques ne montrent pas d'effet cardiotoxique cliniquement significatif après surdosage en mirtazapine. Les symptômes de surdosage aigu sont limités à une sédation prolongée. **PHARMACODYNAMIE\*:** ANTIDEPRESSEURS/AUTRES ANTIDEPRESSEURS. Code ATC: N06AX11 (N: Système nerveux central). La mirtazapine est un antagoniste  $\alpha_2$  présynaptique d'action centrale qui augmente la neurotransmission noradrénergique et sérotoninergique centrale. La stimulation de la neurotransmission sérotoninergique est spécifiquement médiée par les récepteurs 5-HT<sub>1</sub>, les récepteurs 5-HT<sub>2</sub> et 5-HT<sub>2A</sub>, étant bloqués par la mirtazapine. Les propriétés sédatives de la mirtazapine seraient dues à son activité antagoniste des récepteurs H<sub>1</sub> de l'histamine. La mirtazapine a une activité anticholinergique très faible. **PHARMACOCINETIQUE\*:** **DONNÉES PHARMACÉUTIQUES\*:** **PRECAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION:** *Solution buvable:* A conserver à une température ne dépassant pas + 25° C. Après ouverture du flacon, la durée de conservation de la solution est de 6 semaines. **INSTRUCTIONS POUR L'UTILISATION, LA MANIPULATION ET L'ÉLIMINATION:** *Solution buvable\*:* **LISTE I.** *Comprimé pelliculé:* **ANM:** 344 541-2. Mis sur le marché en 1999. **PRIX:** 17,36 euros. *Solution buvable: **ANM:** 359 952-3. Mis sur le marché en 2003. **PRIX:** 33,92 euros. Remboursés Sec. Soc. à 65% - Collect. \* Pour une information plus complète, consulter le dictionnaire Vidal. ORGANON S.A. Immeuble Optima -10 rue Godotroy - 92821 PUTEAUX Cedex. **INFORMATION MEDICALE:** Tél.: 01.55.23.51.21. **DATE DE REVISION:** Avril 2004 - Version 02/04.*



## ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

# LA SCOLARISATION À 2 ANS : UNE FAUSSE BONNE IDÉE

### AU SECOURS !

**Pierre SADOUL**

Les plus performants des individus occupant l'extérieur de la réserve indienne, très inscrits dans la performance et l'excellence, n'ont eu de cesse de trouver les moyens d'optimiser leurs productions, fussent-elles constituées par leurs enfants eux-mêmes.

Il était donc normal que ces personnes se penchent sur la manière de « pousser » le développement, accélérant ainsi leur progéniture. Dans le même temps, il n'était pas inutile que, dans ce monde gagné par la vitesse, la sollicitude et l'esprit de charité amènent ces *performers* à se pencher sur leurs congénères de la réserve indienne, afin de s'y occuper des plus démunis et de leur proposer une démarche similaire, afin de leur donner les mêmes chances, au pire de tenter d'enrayer la perte d'efficacité des tout jeunes enfants de cette frange de la population.

C'est ainsi que, de fil en aiguille, s'est monté le programme de l'école à deux ans. Ce programme correspond à deux soucis : s'occuper de et occuper les petits enfants pendant que leurs parents travaillent.

À cette enseigne a donc été avancé le concept d'école. Des expériences ont eu lieu dans plusieurs pays dont la France, la Belgique, des pays nordiques et le Japon.

Il est temps aujourd'hui de faire le point.

Quand on se penche sur les conditions du développement physiologique et psychologique du nourrisson et du jeune enfant à qui il est urgent de procurer des conditions de développement optimales, quelques réflexions générales nous permettent déjà

d'émettre de sérieuses réserves sur le fait de proposer un modèle scolaire pour un enfant dont on sait bien qu'il n'est pas fini...

En prenant pour exemple la maturation du chaton, la démonstration sera plus parlante. Si l'on enlève celui-ci à sa mère avant l'âge de deux mois, il faudra se substituer à celle-ci pour faciliter l'exonération de l'animal, à savoir lui frotter le ventre avec une éponge humide, là où sa mère lui léchait l'abdomen afin de l'aider à exonérer. Bien entendu ce n'est pas le même travail que la chatte qui mange ensuite les excréments de son rejeton. Il va de soi que nous n'assurerons pas la propreté du chaton par les mêmes moyens. Ce chaton ne bénéficiera pas des mêmes capacités à jouer sans brutalité que le chaton sevré à trois mois.

Pour un enfant tout petit qui n'a pas atteint ses trois ans et dont la maturation psychoaffective se poursuit, les forçages pédagogiques alors qu'il est en train d'explorer les limites de son corps et d'apprendre la relativisation des espaces risquent d'avoir des effets délétères et déstabilisants, surtout si le terrain est fragile.

Quand laisser l'enfant s'épanouir avec ses parents (disponibles...) n'est pas possible, le meilleur contexte socialisant sera basé sur le besoin d'une vie collective mais en petits groupes, en présence d'éducateurs et de spécialistes de la petite enfance, non pas en présence d'enseignants qui, pour la plupart du temps, n'ont pas reçu la formation spécifique.

C'est toute la question des théories extrapolées sur le terrain sans aucune précaution qui a amené ce type d'expériences dont l'analyse *in fine* les déclare dommageables, à de très rares exceptions près...

**P. S.**

### COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DU 23 OCTOBRE 2004

**Sylvie RASPILLÈRE**

Dans le cadre du thème de la scolarisation précoce, dont nous vous entretenons depuis plusieurs numéros, une première réunion s'est déroulée samedi 23 octobre dernier, au siège de l'AFP. Il s'agissait, pour les membres du Comité Scientifique, de se compter, de se rencontrer, de confronter les idées des uns à celles des autres.

Christian Vasseur n'a pas caché le plaisir qu'il a eu à échanger ce jour-là avec des « hommes (et des femmes) de bonne volonté », de provenances diverses !

#### Étaient ainsi présents :

- Marika Berges-Bounes, de l'hôpital Sainte-Anne ;
- Claire Brisset, Défenseure des enfants ;
- Sandrine Calmettes, du CMP de la Croix Saint-Simon ;
- Geneviève Haag, psychiatre, psychanalyste ;
- Didier Houzel, professeur de psychiatrie, psychanalyste ;
- Pierre Sadoul, psychiatre ;
- ainsi que quelques membres de l'AFP : Françoise Coret,

Gilbert Diebold, Christine Lamothe, Roger Misès, Roger Salbreux, Christian Vasseur.

#### S'étaient excusés, mais avaient tenus à signifier leur intérêt pour le sujet :

- Bernard Accoyer, député, Président du groupe UMP à l'Assemblée nationale ;
- Marie-Claude Bal, psychiatre, psychanalyste ;
- Alain Bentolila, professeur de linguistique ;
- Boris Cyrulnik, neuropsychiatre, éthologue, psychanalyste ;
- Bernard Golse, professeur de psychiatrie, psychanalyste ;
- Roger Laydevant, psychiatre ;
- Danièle Sommelet, Présidente de l'Association Française de Pédiatrie ;
- Madeleine Vermorel, psychiatre ;
- ainsi que quelques membres de l'AFP : Jean-David Attia, Michel Demangeat, Jean-Michel Havet, Marie-Blanche Lacroix, Yves Manela.

Tous ensemble, ils ont précisé leurs approches et sont tombés d'accord sur les quelques points suivants :

### 1/ Une conférence de presse :

- elle se déroulera mercredi 24 novembre, de 11 heures à 12 heures ;
- à la Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris, La Villette ;
- nous souhaitons convaincre la presse avec des arguments scientifiques, afin que celle-ci alerte le grand public – notre objectif à terme étant bien sûr la prévention ;
- les personnalités qui présenteront chacune leur point de vue à la presse seront successivement : 1<sup>er</sup> Christian Vasseur, 2<sup>e</sup> Claire Brisset, 3<sup>e</sup> Geneviève Haag, 4<sup>e</sup> Alain Bentolila, 5<sup>e</sup> Amine Arsan de la Société Française de Pédiatrie, 6<sup>e</sup> Boris Cyrulnik, 7<sup>e</sup> Mme Pretceille de l'Organisation Mondiale de l'Éducation Préscolaire (OMEP), sous réserves.
- notre argumentaire sera assez simple, puisque nous allons développer quelques évidences, méconnues malheureusement du grand public : ça ne sert à rien, c'est mauvais, c'est un choix « par défaut », nous sommes les seuls au monde à le faire ;
- nous espérons même élargir le débat à une question plus large : l'hyperactivité des enfants est nocive. De plus, chaque famille veut son surdoué ; problème de mode et de civilisation.

### 2/ Des contacts avec les ministères :

- une délégation a été reçue le 21 octobre par Mme Manteau, conseillère auprès du Ministre de l'Éducation. Celle-ci nous a réservé un accueil très chaleureux, nous assurant de son soutien... mais pour des raisons politiques, les ministères ne pourront pas apparaître comme co-organisateurs de notre mouvement ;
- forts de cet appui, nous allons poursuivre notre action de sensibilisation auprès des ministères de la Famille et de la Santé.

### 3/ Une journée scientifique sera organisée le vendredi 1<sup>er</sup> avril 2005 :

- de 9 heures à 13 heures ;
- lieu : à fixer ;
- forme : plusieurs tables rondes (état des lieux, perspectives, modalités inhabituelles d'apprentissage).

Notre prochain rendez-vous ? A l'issue de la conférence de presse, mercredi 24 novembre, pour un déjeuner de débriefing ; prenez contact avec le secrétariat.

S. R.

## LANCEMENT D'UNE COORDINATION ENTRE PSYCHOTHÉRAPEUTES DE FORMATION PSYCHANALYTIQUE S'OCCUPANT DU TRAITEMENT DES ENFANTS AVEC AUTISME

### Geneviève HAAG

Le besoin s'en est ressenti dans le contexte actuel de récusation de la psychanalyse pour les psychothérapies en général, et plus encore pour celle des enfants avec autisme en recourant à ce sujet à des extrapolations à partir de recherches génétiques et neurophysiologiques, en elles-mêmes fort intéressantes et nécessaires pour l'avancée des connaissances, mais trop souvent utilisées pour refuser toute psychopathologie au profit d'une causalité neurologique. Un exemple récent en est l'expérience d'imagerie cérébrale faite par le Dr Monica Zilbovicius et autres chercheurs français et canadiens sur cinq adultes avec autisme (cet article de deux pages peut être obtenu en écrivant à l'adresse suivante : Zilbo@shfj.cea.fr) à partir de laquelle un communiqué de l'INSERM (presse@tolbiac.inserm.fr) s'empresse d'extrapoler des « stratégies de rééducation... spécifique des informations vocales et faciales », sans mentionner aucune autre prise en charge. La pratique montre qu'il est au contraire indispensable, pour donner ses meilleures chances à un enfant avec autisme, d'associer « les approches psychothérapeutique et éducative »<sup>(1)</sup> complétées, suivant les besoins de l'enfant, par de l'orthophonie, psychomotricité, art-thérapie, etc.

Une première réunion des thérapeutes a permis d'échanger sur les difficultés augmentées par ce contexte : des familles sont troublées par cette regrettable polémique entre les praticiens de l'approche psychothérapeutique et plus généralement psychodynamique, et d'autre part les déductions hâtives de certains repré-

sentants des sciences cognitives, neurophysiologiques et génétiques, alors que d'autres chercheurs de ces mêmes disciplines souhaitent au contraire une articulation avec les psychiatres et les psychanalystes, qui eux-mêmes ne doivent pas s'enfermer dans leurs propres disciplines.

Il devient par conséquent nécessaire de publier des résultats qui, pour davantage démontrer leur efficacité, doivent s'accompagner de l'usage de tests diagnostiques et évaluatifs déjà internationalement reconnus permettant les échanges interdisciplinaires et internationaux. Il serait utile d'y adjoindre un repérage, axé autour de la constitution du moi corporel<sup>(2)</sup>, de la reprise du développement et de ses étapes, point de vue global sur la personnalité qui, jusqu'à présent, n'est pas pris en compte dans le courant cognitiviste.

Les intéressés peuvent se faire connaître par lettre, en indiquant notamment leur mode de prise en charge des sujets avec autisme, adressée à :

Mme D. AMY – 10, rue Carpeaux – 92400 COURBEVOIE  
ou à Mme G. HAAG – 18, rue Émile Duclaux – 75015 PARIS

### G. H.

<sup>(1)</sup> Marie-Dominique AMY, *Comment aider l'enfant autiste ?*, 2004 (Dunod).

<sup>(2)</sup> Geneviève HAAG et coll. « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité » *La Psychiatrie de l'enfant*, VIII, 2, p. 495-527. 1995 ; et « Résumé de cette grille », *Carnet Psy*, numéro spécial sur l'autisme, 2002.

## SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS

### ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES

LE POINT AU 27 OCTOBRE 2004

Jean-David ATTIA  
Jean-Yves COZIC  
Annick FEUGÈRE-ENGEL  
François KAMMERER  
Roger SALBREUX  
Pierre STAËL

#### 1. MOBILISATION DES PSYCHIATRES

Pour sensibiliser à nouveau les pouvoirs publics sur l'état désastreux de la psychiatrie – dont toutes les pratiques sont sinistrées dans leurs moyens et leurs possibilités de prise en charge de la population recourant à leurs soins – le SPF a proposé au CASP<sup>(1)</sup> que toutes les pratiques s'unissent dans un même combat unitaire et solidaire, afin d'organiser une forte pression sur les tutelles, estimant que la profession psychiatrique n'a de réels moyens de pression, auprès du gouvernement comme de la CNAMTS<sup>(2)</sup>, que si elle se retrouve fortement regoupée et unie.

L'ensemble de nos revendications – nomenclature, vacances de postes, désorganisation des secteurs, dépsychiatriation du médico-social – doivent être soutenues dans une même démarche, appuyée par une menace forte à court terme si les négociations n'avancent pas.

La possibilité d'une grève administrative paralysante, que semble redouter sérieusement le ministère, nécessiterait la participation des centrales hospitalières comme la CHG<sup>(3)</sup> et l'INPH<sup>(4)</sup> ainsi que le soutien des principaux syndicats horizontaux de spécialistes.

Dans l'immédiat, le SPF vient d'adresser à tous ses adhérents libéraux un questionnaire pour essayer d'apprécier leur mobilisation et les moyens qu'ils seraient prêts à mettre en œuvre pour accompagner un tel mouvement. À suivre...

(1) CASP : Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie.

(2) CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

(3) CHG : Confédération des Hôpitaux Généraux.

(4) INPH : Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers.

#### 2. MISE EN PLACE DE LA COMMISSION DE LA PSYCHIATRIE

La Commission de la Psychiatrie a été créée en août, chaque syndicat horizontal en revendiquant la paternité. La première réunion devait se tenir, le 13 octobre, au sein de la Commission de la Nomenclature de la CNAMTS ; son but est de reconsidérer la nomenclature actuelle de la psychiatrie libérale, unanimement reconnue comme sinistrée et mettant en péril la qualité des soins.

Cette réunion a été annulée au dernier moment pour des raisons de conflit politique au sujet de la nouvelle CCAM clinique !

Le SPF a immédiatement adressé une protestation au nouveau directeur de la CNAMTS, Frédéric van Rookeghem, ainsi qu'au ministre de la Santé et de la Protection sociale, Philippe Douste-Blazy, demandant la fixation rapide d'une nouvelle date de réunion.

Nous avons, à cette occasion, rappelé nos principales revendications :

- **La priorité incontournable d'une revalorisation significative et immédiate de notre acte de base, le CNPsy<sup>(5)</sup>. Nous avons insisté pour qu'elle soit la demande fondamentale et première des négociations.**
- **Concernant l'acte de consultant**, qui s'appliquera à tous les spécialistes dans la prochaine convention et qui est prévu à 2C, entraînant ainsi une revalorisation d'honoraires de 60 % par rapport au CS, nous demandons que le C de consultant pour les psychiatres soit conjugué dans la même fourchette, par conséquent soit évalué à 3C. Dans le cas contraire, cela traduirait une nouvelle érosion des revenus des psychiatres par rapport aux autres spécialistes et ce serait inacceptable.
- Notre forte demande, lors des prochaines négociations conventionnelles, **de la remise en place pérenne du secteur 2 ou à défaut d'une fenêtre d'ouverture**, seule possibilité pour les psychiatres qui le voudront de pallier quelque peu la faiblesse de leurs honoraires.
- Enfin, le SPF a travaillé **sur des projets de CSP<sup>(6)</sup> concernant la pédopsychiatrie et d'AcBus<sup>(7)</sup> concernant la psychiatrie générale.** Ils ont pour but de définir certaines consultations particulières de coordination des soins et d'intérêt majeur en santé publique, mais à la condition d'être assorties d'une forte valorisation, sous la forme d'un forfait additionnel, en raison des nouvelles contraintes que cela supposerait.

(5) CNPsy : Consultation psychiatrique.

(6) CSP : Contrats de Santé Publique.

(7) AcBus : Actions de Bon usage des soins.

#### 3. CCAM<sup>(8)</sup> CLINIQUE

Le pôle nomenclature de la CNAMTS semble confirmer l'unicité de la consultation psychiatrique mais, par contre, il envisage sa mise hors du tronc commun de l'ensemble des consultations cliniques, contrairement à la demande exprimée par les experts de la FFP<sup>(9)</sup>. Nous avons également exprimé notre désaccord par courrier à la CNAMTS, à la FFP et au

Comité de Pilotage (COFIL) de la nouvelle CCAM composé de l'État, des Caisses et des syndicats horizontaux.

Lors de sa première réunion au sujet de la classification des consultations, le COFIL a pris acte des divergences fondamentales entre l'Assurance maladie et les syndicats médicaux concernant la méthodologie pour décrire les situations cliniques. Cela s'est traduit par une suspension des travaux en cours, avec une nouvelle réunion prévue début novembre pour revoir l'ensemble de la méthodologie.

Le risque existe que la mise en place de cette CCAM clinique soit repoussée de plusieurs mois, d'où l'intérêt pour la psychiatrie de la réunion de la Commission de la Psychiatrie évoquée plus haut.

<sup>(8)</sup> CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

<sup>(9)</sup> FFP : Fédération Française de Psychiatrie.

#### 4. NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Elles tardent à s'ouvrir car elles attendent la mise en place de la nouvelle gouvernance de l'Assurance maladie prévue pour la mi-novembre.

Sont au programme :

- Médecin traitant désigné par le patient,
- Dossier Médical Personnel (DMP) : propriété du patient,
- Parcours des soins et coordination,
- Accès direct au spécialiste,
- Espaces de liberté tarifaire,
- Référentiels de pratiques et protocoles de soins,
- Évaluations des pratiques,
- Formation Médicale Continue (FMC).

Le SPF réclame (voir plus haut) : le C de consultant à 3C et la réouverture du secteur 2 ou, à défaut, au moins une fenêtre permettant de passer dans ce secteur pour ceux qui le souhaitent.

#### 5. DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (DMP)

Comme convenu (cf. LLPF n° 137, p. 9-10), nous avons écrit au professeur Jean-Michel Dubernard, président de la Commission des Affaires Sociales au Parlement, ainsi qu'au docteur Michel Ducloux, président de l'Ordre National des Médecins, pour leur faire part de ce que nous pensions nécessaire et suffisant d'inscrire dans le DMP, dans le cadre de la spécificité de notre pratique, à savoir :

- **Garantir la préservation absolue du secret médical**, indispensable pour préserver la particularité et la qualité de la relation thérapeutique avec nos patients. Dans ce sens, il nous paraît essentiel de ne pas avoir d'obligation d'inscrire les suivis psychothérapeutiques sans prescription médicamenteuse.
- De même, l'inscription systématique du diagnostic psychiatrique ne nous paraît pas possible, dans la mesure où le DMP est consultable par le patient, ce qui pourrait

entraîner des répercussions au regard de certaines pathologies.

Mais nous n'écartons pas la possibilité pour le psychiatre de le faire dans l'intérêt du patient et de son suivi.

De plus, dans le cadre de sa fonction de consultant auprès d'un médecin traitant lui adressant un patient, il a toujours la possibilité d'informer le praticien du diagnostic retenu, par un courrier circonstancié.

- **Par contre, dans l'intérêt d'une bonne coordination des soins entre les différents acteurs, et donc de celui des patients, nous estimons tout à fait souhaitable de mentionner systématiquement les traitements médicamenteux prescrits par les psychiatres auprès des personnes qui les consultent.**

Des dispositions qui permettraient de mentionner des absences volontaires d'information sur demande du patient, avec possibilité pour le médecin traitant d'avoir les coordonnées du spécialiste consultant, nous paraissent intéressantes. Donc à suivre...

#### 6. RENCONTRE AVEC le docteur Serge LARÜE-CHARLUS, conseiller technique pour la qualité du système de santé auprès du Ministre

Comme annoncé dans notre précédent numéro (cf. LLPF n° 138, p. 3-4), nous avons rencontré, le 2 septembre 2004, le docteur Serge Larüe-Charlus, par ailleurs ancien vice-Président de la CSMF<sup>(10)</sup>.

Nous vous rappelons les points importants que nous avons exposés :

- **La situation dramatique de la psychiatrie et des psychiatres**, toutes pratiques confondues, à laquelle s'ajoute la situation financière intenable des psychiatres libéraux du secteur 1.
- **Notre position devant les nouvelles dispositions** qui nous concernent **dans la nouvelle loi sur la Sécurité sociale** :
  - *Médecin traitant et accès au spécialiste* :  
D'une façon générale, le médecin traitant ne peut être un psychiatre.  
Nous demandons **un accès direct** dans les nouvelles dispositions car nous considérons qu'**il est important, pour des raisons liées à la qualité et la pertinence de notre pratique, que le patient se responsabilise et puisse participer à son traitement ; ainsi, le praticien pourrait prendre un dépassement d'honoraires avec tact et mesure.** Nous avons demandé, en nous appuyant sur le Conseil constitutionnel, une absence de **pénalisation** sur le ticket modérateur afin de **garantir une égalité d'accès aux soins.**
  - *Le dossier médical personnel* (voir le point précédent).
  - *La consultation de consultant à 3C.*

Nous avons demandé si l'ouverture du secteur 2 était envisagée par le gouvernement, la réponse a été négative.

À l'ensemble de ces points, Serge Larué-Charlus a répondu qu'ils faisaient l'objet de la négociation conventionnelle.

Deux éléments importants ont été énoncés par notre interlocuteur :

- Réfléchir au secteur optionnel, ce qui nous permettrait de défendre la qualité et la spécificité de notre acte :
  - le temps passé à la consultation et la spécificité de notre formation à laquelle s'ajoutent très souvent des formations complémentaires et des supervisions.
- Présenter la situation de la psychiatrie et des psychiatres libéraux plus particulièrement dans sa dynamique démographique, avec toutes les répercussions qui en découlent pour l'avenir de la prise en charge de la santé mentale de nos concitoyens, qui devient à court terme un problème de Santé publique.

<sup>(10)</sup> CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français.

## 7. RENCONTRE AVEC LA FMF

Notre vice-Président, François Kammerer, a rencontré le président de la FMF, le docteur Jean-Claude Régi, en présence du président de la branche spécialiste de la FMF, le docteur Bernard Pommey, et de son représentant des psychiatres, le docteur Catherine Gindrey, par ailleurs conseillère du SPF.

Si la FMF admet le principe de l'accès direct pour les psychiatres, elle regrette la relative rigidité de ce système et préfère la souplesse du secteur modulable qu'elle ne désespère pas de voir appliquer.

En effet, le projet de ce secteur, qui permettrait à chaque praticien de choisir un pourcentage d'activité en secteur 1 ou en secteur 2, n'est pas complètement caduque, puisque le secteur 2 (qui a récemment été réouvert pour les anciens chefs de clinique et assistants) ne semble pas définitivement fermé (contrairement à ce qu'affirment d'autres centrales syndicales).

L'une des applications de secteur modulable paraît également consister en une participation des praticiens aux soins des patients relevant de la CMU<sup>(11)</sup> pour un pourcentage prédéfini.

Il faudra cependant attendre les négociations conventionnelles pour la finalisation définitive de ce projet. Mais, quoi qu'il en soit, pour la FMF, le tarif opposable du CNPsy ne peut pas être inférieur à 50 €, tout en laissant une possibilité de dépassement d'honoraires à l'ensemble des spécialistes, l'optimisme de cette Confédération restant de mise devant la réussite des chirurgiens.

Concernant le DMP, la FMF s'inscrit directement dans la réflexion du SPF, en souhaitant l'élargir à l'ensemble des praticiens par le biais d'un rappel du Code de déontologie présidant à la rédaction de tout dossier informatique médical et rappelant le droit des patients au secret.

La cordialité de l'échange et la convergence de points de vue sont prometteurs pour l'avenir. À suivre, notamment à l'occasion des Assises de la FMF (les 26 et 27 novembre)...

<sup>(11)</sup> CMU : Couverture Maladie Universelle.

## 8. RÉUNION AU MINISTÈRE au sujet du décret sur le « titre de psychothérapeute »

Nos trois vice-Présidents, Annick Feugère-Engel, Roger Salbreux et François Kammerer ont rencontré le 30 septembre 2004 :

- le docteur Bernard Basset, sous-directeur de la sous-direction Santé et Société, à la Direction Générale de la Santé, chargé de l'élaboration du décret d'application de l'article 52,
- madame Fabienne Deboux, chef du Bureau Santé Mentale,
- madame Muriel Rabord, conseiller technique du Bureau Santé Mentale.

Il nous a été annoncé qu'il s'agissait du décret le plus difficile à écrire de la nouvelle loi de Santé publique, que rien ne serait écrit de manière précipitée, mais que ce décret devait être prêt avant l'été 2005.

En effet, l'écriture de ce décret est politiquement très délicate ; elle doit faire face :

- à la rigueur juridique du Conseil d'État,
- à l'attitude extrêmement procédurière des sectes,
- aux associations de patients qui demandent des garanties,
- aux impératifs du droit européen qui, malheureusement concernant ce sujet, semble très laxiste sur l'usage du titre.

Il nous a été rappelé que cette loi ne dépendait pas du Code de Santé publique mais était inscrite dans le cadre des Lois Générales, du fait que le terme de « malade » n'était pas mentionné.

Par ailleurs, le décret visant également les psychologues cliniciens, il est apparu que ces derniers devaient travailler à une mise en conformité de leur différentes formations théoriques et pratiques en psychopathologie clinique.

Ceux-ci, jusqu'à présent, ne souhaitaient pas disposer de statuts de profession réglementée et, s'il existe pour eux une déontologie régie par un texte, celle-ci n'est pas inscrite dans la loi.

Il nous a été clairement exprimé un désir de collaborer avec nous, dans un esprit constructif, et il nous a été demandé de préciser, d'ici à la fin octobre, les grandes lignes de nos exigences pour la formation théorique et pratique en psychopathologie clinique.

De nouvelles réunions pour une formulation plus affinée étant envisageables...

À noter que, à la fin de cet entretien, une digression extrêmement intéressante, à l'initiative du ministère, nous a appris :

« ... Que la discipline ne "bouge" pas et ne s'exprime pas assez... qu'un nouveau plan de 10 ans est nécessaire, tout ne pouvant être obtenu tout de suite... Il n'a jamais été dit au ministère qu'il y avait trop de psychiatres en France... ! »

### 9. Le 29 septembre 2004, RENCONTRE AVEC JEAN-LUC PRÉEL, député, secrétaire national de l'UDF<sup>(12)</sup>, chargé de la Santé et des Affaires sociales

Nos deux vice-Présidents, Annick Feugère-Engel et François Kammerer, étaient présents ; Roger Salbreux, excusé, participait à une réunion importante sur le handicap avec le député Christian Blanc.

Notre interlocuteur était peu au fait de nos difficultés.

Sur le DMP, il s'est montré assez défavorable à une clause particulière évitant aux psychiatres d'inscrire une note pour chaque acte, puisque une partie du dossier uniquement pourrait être consultable par les médecins en fonction de leur spécialité.

Sur la question des honoraires des psychiatres libéraux : écoute attentive mais sans soutien déterminant.

Jean-Luc Prével a montré une attention particulière à la pédopsychiatrie et à ses problèmes démographiques, ainsi qu'au médico-social dont il méconnaissait l'importance dans notre discipline.

Attention encore plus aiguë sur les problèmes posés par l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire et la nécessité de formation pour les AVS<sup>(13)</sup> ; de même pour la formation des auxiliaires de vie travaillant auprès des personnes handicapées adultes.

Nous avons insisté sur le problème de santé public qui était posé par la non-prise en charge des personnes souffrant de pathologie mentale et sur les facteurs socio-économiques aggravant ces pathologies (70 % des SDF<sup>(14)</sup> porteurs de troubles psychiatriques, non-prise en compte en milieu carcéral de la pathologie psychique des détenus, ...).

Jean-Luc Prével a émis une critique directe et très acerbe sur la nouvelle loi de Santé publique qui, pour lui, n'apporterait rien sur le plan économique ; de même en évoquant le PLFSS<sup>(15)</sup> qui n'avait pas encore été voté à cette date.

**Sa solution : la régionalisation**, avec la mise en place des Agences Régionales de Santé :

- dirigées par un responsable unique au niveau régional pour la prévention et le soin ;
- réunissant établissements et médecine de ville ;
- et réunissant également des conseils régionaux de santé, élus par collège.

<sup>(12)</sup> UDF : Union pour la Démocratie Française.

<sup>(13)</sup> AVS : Auxiliaires de Vie Scolaire.

<sup>(14)</sup> SDF : Sans Domicile Fixe.

<sup>(15)</sup> PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

### 10. RÉFORME DE L'HÔPITAL ET DU STATUT DES HOSPITALIERS

Pour ce qui est de la psychiatrie publique, le SPF s'est associé au mouvement du 7 octobre. Il s'agissait d'un appel émanant de la CHG, avec le Collectif des Syndicats de Praticiens Hospitaliers, pour une journée d'action et de grève, qui a été relativement bien suivie, dans une période où la mobilisation semble parfois difficile.

Nous participons, grâce à notre appartenance à la CHG, à la vigilance nécessaire en cette année où bien des aspects de la pratique sont visés, que ce soit au travers des textes sur la « gouvernance » aussi bien que dans les procédures de révision des statuts.

Nous agissons toujours pour la sauvegarde de l'indépendance du médecin, la mise à disposition de moyens nécessaires pour la qualité des soins, ainsi que pour parvenir à une reconsidération du rôle du médecin, rôle maintes fois dévalorisé au sein de l'hôpital.

### 11. MÉDICO-SOCIAL

Les petites annonces, y compris celles de *La Lettre de Psychiatrie Française*, regorgent d'offres de postes dans le secteur médico-social associatif, évidemment non pourvues ! Et pour cause : nous venons d'essayer notre quatrième refus d'agréer l'avenant n° 14 sur la grille salariale, inchangée depuis 1991 !

Par contre, les Pouvoirs publics acceptent l'avenant n° 15 sur la Formation Médicale Continue, ce qui n'est que la stricte application de la loi.

Nous avons déjà saisi le Comité d'Entente des Associations, avant ces récentes nouvelles, du fait de l'absence de réponse depuis avril 2004, la DGAS<sup>(16)</sup> n'ayant pas jugé utile de présenter nos avenants à la Commission d'agrément avant le mois de septembre. Il a été de nouveau sollicité afin qu'il mette tout son poids dans la balance. L'impression est que, si une action suffisamment voyante, au sens médiatique, n'est pas possible, rien ne fera bouger le gouvernement, qui ne cède que devant les démonstrations de force.

<sup>(16)</sup> DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale.

J.-D. A.

J.-Y. C.

A. F.-E.

F. K.

R. S.

P. S.



## À PROPOS DU CONGRÈS DE LA FÉDÉRATION DES MUTUELLES DE FRANCE (FMF)

MONTPELLIER – 4 ET 5 OCTOBRE 2004

**Christine MASSAC**

Ce Congrès se voulait un rassemblement, une tentative de fédérer des organismes (mutuelles) autour d'un nouveau système de gestion informatique agréé à mettre en œuvre pour un meilleur service rendu.

Mais surtout, au moment de la réforme de l'Assurance maladie, cette Fédération se veut une force de proposition, avec des valeurs fortes de démocratie participative, autour des négociations qui s'annoncent.

« Le Congrès des Mutuelles de France se tient à un moment clé pour le devenir de la protection sociale en santé et du système de soins, pour l'affirmation de la place et du rôle de la mutualité dans la société, pour la construction de nouvelles relations entre les différents acteurs du mouvement social et la promotion de la démocratie sociale et du progrès social. »

Il est clair que, à côté d'une opposition ferme à des décisions contenues dans la réforme (le 1 € par consultation, la complexification des circuits de soins avec des tarifs de consultation et de remboursement variables), il existe un désir fort de faire entendre sa voix et de faire respecter des valeurs propres à la mutualité : solidarité, responsabilisation et qualité des soins égale pour tous.

Une table ronde sur le thème « La mutualité, une chance pour la solidarité ? » a réuni quelques intervenants autour des questions de la régulation et de l'offre de soins ainsi que de la place de la prévention.

Le représentant local de la MSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole) a insisté sur le nécessaire respect des équilibres spatiaux et territoriaux par la régulation de l'offre de soins et le système de médecin référent en favorisant un système de soins de proximité.

Le représentant de la FMF a insisté sur la nécessité de responsabiliser le patient mais non de le contrôler, le culpabiliser et le faire payer. La régulation concerne l'ensemble des intervenants : professionnels de santé, mutuelles... La maîtrise des dépenses doit porter sur l'ensemble des montants remboursés, sinon pourrait se dessiner un transfert de charge avec flambée des dépenses.

La représentante de la CGT a plus insisté sur des points techniques et politiques : la représentativité à l'UNCAM, l'explosion des DE, un contrôle médical et non administratif, la prévention et la santé au travail.

Une crainte a été exprimée à propos d'un des éléments du dispositif : l'intervention du comité d'alerte dans le cas d'un dépassement des dépenses et qui verrait l'instauration de mesures de régulation exclusivement comptables.

Une mutation du système est en route ! À la faveur de cette réforme de l'Assurance maladie, les payeurs des mutuelles complémentaires : FMF, Mutualité Française et les assureurs privés veulent entrer à la table des négociations avec l'Assurance maladie, mais aussi avec les professionnels de santé et les usagers.

Les mutuelles sont organismes complémentaires, mais aussi représentants des usagers et donc soumis à leur pression.

La FMF édite un magazine mensuel, VIVA, qui se veut un regard sur la santé et le social du point de vue mutualiste.

Cette nouvelle évolution pourrait nous sortir enfin de négociations duelles stériles pour ouvrir vers des négociations multipartites plus ouvertes et plus respectueuses des valeurs de la solidarité dans le souci des intérêts de chacun.

**C. M.**  
*Conseillère SPF*

### ATTENTION !

Nous vous rappelons que les demandes d'examen des dossiers par les Commissions de qualification devront être déposées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005 dernier délai.

Après cette date, un médecin ayant par exemple échoué aux épreuves terminales d'un CES, ou bien qui solliciterait une qualification dont l'enseignement ne faisait pas l'objet d'un CES, ne pourrait plus demander à ce que sa situation soit reconsidérée.

**1 an - 10 numéros : 30 €**  
**ABONNEZ-VOUS**

## À LA LETTRE DE PSYCHIATRIE FRANÇAISE

CETTE OFFRE NE CONCERNE PAS LES MEMBRES SPF ET AFF À JOUR DE COTISATION, QUI BÉNÉFICIENT D'UN TARIF PLUS AVANTAGEUX.

Nom : ..... Psychiatre  Autre (préciser)  : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

e-mail : .....

- je m'abonne à *La Lettre de Psychiatrie Française* pour 10 numéros au tarif de 30 €<sup>(1)</sup>, et je règle par chèque établi à l'ordre de l'Association Française de Psychiatrie ;
- je bénéficie, pendant mon abonnement, d'une gratuité correspondant au montant d'une petite annonce de trois lignes ;
- je demande un justificatif pour ma déclaration fiscale.

Date : ..... Signature : .....

- <sup>(1)</sup> • Pour les DOM-TOM, ajouter 9 €  
• Pour l'étranger, ajouter 10 € } pour le surplus d'affranchissement.

Bulletin d'abonnement à retourner à l'AFP - 147, rue Saint-Martin - 75003 PARIS - Tél. : 01 42 71 41 11 - Fax : 01 42 71 36 60  
e-mail : psy-spfafp@wanadoo.fr - Web : www.psychiatrie-francaise.com



**EFFEXOR® LP 37,5 mg.** Gélule à libération prolongée. Venlafaxine **FORME ET PRÉSENTATION** Gélule à libération prolongée à 37,5 mg : boîte de 30, sous plaquettes thermoformées. **COMPOSITION** Venlafaxine (D.C.I.) chlorhydrate, exprimé en base : 37,5 mg par gélule. Excipients : qs. Colorants : oxyde de fer rouge (E172), oxyde de fer jaune (E172), oxyde de fer noir (E172), dioxyde de titane (E171). **INDICATIONS** - Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). - Anxiété généralisée, évaluant depuis au moins 6 mois. - Prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire. - Trouble Anxiété sociale (Phobie sociale).

**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Posologie adulte** : - Épisodes dépressifs majeurs : En traitement ambulatoire, la posologie initiale est habituellement de 75 mg par jour. Cette posologie pourra être augmentée après 2 semaines de traitement, en fonction de la réponse clinique, et pourra, si nécessaire, être élevée à 150 mg par jour. Dans les formes de dépression dites « sévères » (cf. Pharmacodynamie), la posologie quotidienne recommandée est de 150 à 225 mg. L'augmentation des doses peut se faire par paliers de 2 semaines ou plus, en respectant un minimum de 4 jours, en fonction de l'efficacité et des effets indésirables du traitement. Pour des posologies supérieures à 225 mg/j, la forme à libération immédiate sera utilisée, la dose maximale étant alors de 375 mg/j. Modalités de passage de la venlafaxine à libération immédiate à la venlafaxine à libération prolongée : Les patients utilisant des comprimés de venlafaxine à libération immédiate peuvent prendre des gélules de venlafaxine à libération prolongée à la même posologie journalière. Dans certains cas, un ajustement de posologie peut être nécessaire. - Anxiété généralisée : La posologie habituellement recommandée est de 75 mg par jour, atteinte en 1 à 2 jours. Cette posologie pourra être augmentée après 2 semaines de traitement, en fonction de la réponse clinique, par exemple par paliers de 37,5 mg par semaine, et pourra, si nécessaire, être élevée à 150 mg par jour et jusqu'à 225 mg par jour. - Trouble Anxiété sociale (Phobie sociale) : La posologie recommandée est de 75 mg par jour. Des posologies plus élevées, jusqu'à 225 mg/jour, ont été utilisées dans les essais cliniques, sans bénéfice démontré. - Dans tous les cas : Les gélules à libération prolongée sont à prendre en une seule prise (cf. Mode d'administration). Après obtention de la réponse thérapeutique souhaitée, le traitement pourra être progressivement diminué jusqu'à la posologie minimale compatible avec le maintien de l'efficacité et une bonne tolérance. La posologie maximale autorisée pour la forme à libération prolongée est de 225 mg/jour. **Durée de traitement** : EFFEXOR LP a démontré son efficacité comme traitement à long terme, jusqu'à 6 mois dans l'anxiété généralisée. EFFEXOR LP a démontré son efficacité comme traitement à court et moyen terme (jusqu'à 6 mois) dans la phobie sociale. L'efficacité à plus long terme n'a pas été démontrée. Le traitement des épisodes dépressifs majeurs, de l'anxiété généralisée et de la phobie sociale généralisée nécessitant généralement une prescription médicamenteuse continue de plusieurs mois, il convient d'en réévaluer périodiquement et au cas par cas les modalités. Dans la phobie sociale, la place de ce traitement vis-à-vis des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) n'a pas été étudiée. La prise en charge globale du patient reste un élément fondamental pour la réussite du traitement. **Mode d'administration** : EFFEXOR LP 37,5 mg, gélule à libération prolongée devra être toujours pris au cours d'un repas, une seule fois par jour, à heure régulière, indifféremment le matin ou le soir. Les gélules doivent être avalées entières. **En cas d'insuffisance rénale et/ou hépatique** : En cas d'insuffisance rénale, la posologie devra être réduite. Cette réduction sera de 50% si le taux de filtration glomérulaire est inférieur à 30 ml/min. Le produit ne doit pas être administré pendant une séance de dialyse. En cas d'insuffisance hépatique modérée, la posologie devra être réduite de moitié. Une réduction de plus de 50% pourra être nécessaire chez certains patients. Il peut être nécessaire d'instaurer le traitement avec des comprimés de venlafaxine à libération immédiate. **Sujet âgé** : Chez le sujet âgé, tenir compte de la réduction de la filtration glomérulaire fréquemment rencontrée ; de plus, comme avec tout antidépresseur, la vigilance s'impose lors de l'instauration du traitement ou de l'aménagement de la posologie.

**Arrêt du traitement** : Lors de l'arrêt d'un traitement par venlafaxine, il est recommandé de procéder à une décroissance progressive de la posologie afin de prévenir la survenue éventuelle d'un syndrome de sevrage : ainsi, au-delà d'un traitement de 6 semaines, cette décroissance se fera en 2 semaines au moins. La période de décroissance pourra dépendre de la dose, de la durée du traitement et du patient lui-même. Il sera conseillé au patient de ne pas interrompre de lui-même le traitement (cf. Effets indésirables). **Prévention des récurrences des épisodes dépressifs majeurs** : L'efficacité de la venlafaxine a été démontrée dans la prévention des récurrences dépressives chez les patients ayant répondu à la venlafaxine lors du dernier épisode. Dans la grande majorité des cas, la posologie recommandée lors du maintien prophylactique est identique à celle utilisée pour traiter l'épisode actuel. Il convient de réévaluer périodiquement le patient ainsi que l'intérêt de la prophylaxie. Il est recommandé, lors de l'arrêt du traitement prophylactique de procéder à une décroissance progressive de la posologie sur une période d'environ 2 semaines. Cette phase de décroissance posologique sera d'autant plus longue que les posologies utilisées auront été élevées et la durée du traitement prolongée. **CONTRE-INDICATIONS** Ce médicament NE DOIT JAMAIS ÊTRE prescrit dans les cas suivants : • Hypersensibilité connue à la venlafaxine. • Enfants ou adolescents de moins de 18 ans. • Association aux I.M.A.O. non sélectifs (iproniazide) (cf. Interactions médicamenteuses). • Allaitement. Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE prescrit dans les cas suivants : • Associations aux sympathomimétiques alpha et bêta (adrénaline, noradrénaline et dopamine) par voie parentérale, aux I.M.A.O. sélectifs A (moclobémide, toloxatone), au linéololol. **MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI Mises en garde** : Comme lors de tout traitement par antidépresseur, le risque suicidaire chez les patients déprimés persiste en début de traitement, la levée de l'inhibition psychomotrice pouvant précéder l'action antidépresseuse proprement dite du médicament. **Le trouble Anxiété sociale (Phobie sociale) n'est pas une timidité excessive mais un trouble caractérisé notamment par l'évitement ou la peur perturbant de manière importante les activités professionnelles ou sociales et entraînant une souffrance marquée**. Une élévation de la pression artérielle dose-dépendante pouvant survenir lors de l'administration de venlafaxine, une surveillance de la pression artérielle est nécessaire au cours du traitement, notamment à des doses égales ou supérieures à 200 mg (cf. Effets indésirables). Le risque de tentative de suicide doit être pris en considération chez tous les patients déprimés. Le rythme des renouvellements de la prescription devra être adapté en conséquence. En cas d'antécédents de pharmacodépendance, il importe de surveiller attentivement la survenue de manifestations évocatrices d'un abus ou d'un mésusage. **La prévention des récurrences dépressives s'adresse à des patients ayant présenté (y compris l'épisode en cours de traitement) au moins trois épisodes dépressifs majeurs, d'intensité modérée à sévère**. Deux essais cliniques conduits dans l'épisode dépressif majeur chez des sujets de moins de 18 ans n'ont pas permis de démontrer l'efficacité de la venlafaxine. Par ailleurs, les données de sécurité d'emploi des 4 essais cliniques conduits chez des sujets de moins de 18 ans (2 essais dans l'épisode dépressif majeur et 2 essais dans le trouble anxieux généralisé) mettent en évidence, en particulier au cours d'épisodes dépressifs majeurs, des cas d'événements indésirables pouvant être en relation avec un comportement suicidaire, tels qu'*idées suicidaires* ou *comportement auto-agressif* (blessure intentionnelle), ainsi que des cas de comportement hostile. **Précautions d'emploi** : Chez les patients épileptiques ou ayant des antécédents d'épilepsie, il est prudent de renforcer la surveillance clinique et électrique. La survenue des crises convulsives impose l'arrêt du traitement. La venlafaxine sera utilisée avec prudence chez les patients à pression intra-oculaire élevée ou à risque de glaucome aigu à angle fermé, des cas de mydriase et de glaucome ayant été rapportés. Une surveillance étroite sera à effectuer. En cas de virage maniaque franc, le traitement par venlafaxine sera interrompu et, le plus souvent, un neuroleptique sédatif prescrit (cf. Effets indésirables). La possibilité de survenue d'une hyponatrémie, à fortiori lors de la co-prescription avec des médicaments susceptibles d'entraîner cette anomalie électrolytique, doit être connue, notamment chez le sujet âgé, surtout si il est dénutri, et le cirrhotique. Le risque de saignement cutané ou muqueux peut être augmenté lors d'un traitement par la venlafaxine. Une attention particulière est recommandée chez les patients ayant des antécédents d'anomalies de l'hémostasie et chez les patients traités simultanément par des anticoagulants oraux, par des médicaments agissant sur la fonction plaquettaire tels que les AINS et l'aspirine ou par d'autres médicaments susceptibles d'augmenter le risque de saignement. Chez les patients hypertendus ou atteints de cardiopathies, il est recommandé de renforcer la surveillance clinique. La venlafaxine étant susceptible d'augmenter la fréquence cardiaque chez certains patients. En cas d'insuffisance rénale ou d'insuffisance hépatique, la venlafaxine doit être utilisée avec prudence. La posologie devra être réduite, en raison d'un allongement de la durée d'élimination (cf. Posologie et mode d'administration). Bien qu'aucune interaction nette n'ait été mise en évidence avec l'alcool, la consommation en est déconseillée, comme avec tout médicament psychotrope. **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES Associations contre-indiquées** : I.M.A.O. non sélectif (iproniazide).

**Associations contre-indiquées** : • Sympathomimétiques alpha et bêta (adrénaline, noradrénaline, dopamine). • I.M.A.O. sélectifs A (moclobémide, toloxatone), linéololol. **Associations faisant l'objet de précautions d'emploi** : • Sympathomimétiques alpha et bêta (adrénaline, noradrénaline, dopamine). *Pour une information complète, consulter le dictionnaire VIDAL GROSSESSE ET ALLAITEMENT Grosesse* : Cf. VIDAL Allaitement : En raison d'un passage notable de ce médicament dans le lait maternel, l'allaitement est contre-indiqué. *Pour une information complète, consulter le dictionnaire VIDAL CONDUITE ET UTILISATION DE MACHINES* Cf. VIDAL **EFFETS INDÉSIRABLES** L'incidence et la sévérité de survenue des nausées (évaluées par échelle visuelle analogique) ont été réduites par 2 ou 3 avec la prise de venlafaxine forme à libération prolongée par comparaison avec la forme à libération immédiate, chez le volontaire sain et au cours des essais cliniques. Les effets indésirables cliniques les plus fréquents sont : • nausées, constipation, anorexie, vertiges, sécheresse de la bouche, insomnie, somnolence, nervosité, asthénie, hypersudation (notamment nocturne), troubles de l'éjaculation et de l'orgasme. Une élévation de la pression artérielle, systolique et diastolique, peut être observée sous venlafaxine. Discrète à des doses inférieures à 200 mg par jour, l'incidence de sa survenue est alors similaire à celle observée avec les antidépresseurs imipraminiques ; aux doses supérieures, en particulier de 300 à 375 mg par jour, cette élévation est plus sensible. Il est recommandé de contrôler la pression artérielle des malades traités par la venlafaxine, notamment à des doses égales ou supérieures à 200 mg/jour (cf. Mises en garde). Les effets indésirables cliniques observés à une **moindre fréquence** sont : • douleurs abdominales, troubles dyspeptiques, diarrhée, flatulence, vomissements, perte de poids, exceptionnellement prise de poids, • la présence dans les selles de la fraction insoluble des sphéroïdes contenus dans la gélule est possible mais sans valeur pathologique, • céphalées, anxiété, agitation, délire, tremblements, paresthésies, rêves anormaux, • convulsions (cf. Mises en garde), • mydriase, troubles de l'accommodation, • pollakiurie, dysurie, rétention d'urine, • hypotension, hypotension orthostatique, palpitations, poussées de vasodilatation, • diminution de la libido, impuissance, • éruptions cutanées (rash) parfois maculo-papuleuses, érythémateuses, prurit, saignements cutanéo-muqueux (cf. Précautions d'emploi), **des cas exceptionnels** d'érythème polymorphe ont été rapportés, • alopecies. Des cas de syndrome sérotoninergique ont été exceptionnellement observés en association (cf. Interactions médicamenteuses). **Les effets indésirables rares** observés sont : • des élévations de transaminases hépatiques et des hépatites. En cas d'anomalie de la fonction hépatique, l'arrêt du traitement s'impose. Il entraîne le plus souvent un retour à la normale, • des hyponatrémies (cf. Précautions d'emploi), • des lucéopies, des neutropénies et des pancytopenies. Un syndrome de sevrage comportant tout ou partie des symptômes tels que, anxiété, agitation, sensations vertigineuses, troubles du sommeil, asthénie, paresthésies, céphalées, nausées peut survenir. Une telle éventualité nécessite une diminution progressive de la posologie. Par ailleurs, certains effets indésirables sont liés à la nature même de la maladie dépressive : • levée de l'inhibition psychomotrice, • inversion de l'humeur avec apparition d'épisodes maniaques, • réaction d'un délire chez les sujets psychotiques, • manifestations paroxystiques d'angoisse. **SURDOSAGE** Cf. VIDAL PHARMACODYNAMIE AUTRES ANTIDÉPRESSEURS Code ATC : N06 AX 16. *Pour une information complète, consulter le dictionnaire VIDAL PHARMACOCINETIQUE* Cf. VIDAL **SÉCURITÉ ÉPÉMOLOGIQUE** Cf. VIDAL **CONDITIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION** Cf. VIDAL Liste I. AMM 346 563-3 (1998 rév août 2004). Mis sur le marché en 1999. Prix : 14,29 € (30 gélules) Coût du traitement journalier : 0,95 € (75 mg/jour) Remb. Séc. à 65% - Collect. Indication « Trouble Anxiété sociale » : Non remboursable à la date du 21 octobre 2004 (demande d'admission à l'étude). **Wyeth Pharmaceuticals France** 20 rue Robert Nau - 41000 Blois **Information médicale** : Cœur Défense Tour A - La Défense 4 - 92331 Paris La Défense Cedex - Tél. : 01 41 02 70 00 **Pharmacovigilance** : Tél. : 01 41 02 79 64

Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

**EFFEXOR**<sup>®</sup>  
VENLAFAXINE

**L.P.**

37,5mg gélules

**ANTIDÉPRESSEUR & ANXIOLYTIQUE**

- Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
- Prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire

- Anxiété généralisée évoluant depuis au moins 6 mois
- Phobie sociale (trouble anxiété sociale)<sup>▲</sup>

**NOUVEAU**

**REPRENDRE  
GOÛT À LA VIE**

Docteur W

Boz. EFX04101 - Novembre 2004 - Crédit photo : getty images

<sup>▲</sup> Indication non remboursable à la date du 21 octobre 2004 (demande d'admission à l'étude)

**Wyeth**

On ne sera jamais trop nombreux pour prendre soin de notre époque



## SEMAINE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ MENTALE

« En parler tôt pour en parler à temps »

16<sup>e</sup> Semaine d'Information sur la Santé Mentale

du 14 au 19 mars 2005

SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION

### ARGUMENT 2005

La souffrance psychique est mieux connue et mieux repérée aujourd'hui. Elle peut être le point de départ de troubles psychiques – ou de troubles physiques – qui eux-mêmes pourront engendrer un état de maladie. Son approche peut faire l'objet de soin, mais justifie aussi et dans le même temps un intense effort de prévention.

C'est pourquoi, depuis 15 ans, la Semaine d'Information pour la Santé Mentale (la SISM) se propose de rassembler professionnels et usagers de la santé mentale, autour de manifestations d'information et de réflexion sur ce thème, contribuant ainsi à l'édification de réseaux d'aide et de solidarité.

La santé mentale, au demeurant, n'est pas seulement l'absence de souffrance psychique, mais aussi, et surtout, la capacité d'y faire face. En conséquence, elle nous concerne tous et contribue par sa teneur à la qualité du lien social qui concerne chacun dans son rapport aux autres. C'est la société toute entière qui se doit d'y être attentive.

### LES CINQ OBJECTIFS DE LA SISM DEPUIS SON ORIGINE (1990)

1. **CONVIER** aux réunions de la SISM un public qui n'est pas habituellement sensibilisé aux questions de Santé mentale, dans un double but de pédagogie et de dédramatisation.
2. **INFORMER**, à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la Santé mentale.
3. **RASSEMBLER** par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la Santé mentale.
4. **AIDER** au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en Santé mentale.
5. **FAIRE CONNAÎTRE** les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

*Comité d'organisation* : Association Française de Psychiatrie (AFP) • Association Scientifique Française des Psychiatres du Service Public (AFPP) • Centre Collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) • Centre National Audiovisuel en Santé Mentale (CNASM) • Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine (FASM Croix-Marine) • Fédération Française de Psychiatrie (FFP) • Fédération Nationale des Associations de Patients et ex-Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy) • Ligue Française pour la Santé Mentale (LFSM) • Mutualité des Yvelines • Société Médicale Balint • Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM) • Union Régionale de la Mutualité Francilienne.

## PENSER LA PSYCHOSE :

# LE PSYCHOTIQUE ET SON ENVIRONNEMENT SOCIAL

Nous avons envisagé ce dossier comme préparation à nos Journées de Janvier. Or, l'actualité frappe à notre porte. La discussion à l'Assemblée nationale du nouveau texte de loi sur le handicap nous interpelle par sa référence au « handicap psychique ». Nous avons anticipé le débat, puisque dans l'argumentaire de ces Journées, nous parlions d'« une nouvelle case, le handicap psychique, où le psychotique devrait s'inscrire ». Et bien, nous y voilà ! Après le point de vue du docteur Roger Salbreux dans le numéro de septembre et celui du docteur Bernard Jolivet dans celui d'octobre, en voici trois de plus... qui font suite à la prise de position du SPF. Assurément, ce n'est qu'un début, car se donne à voir, aujourd'hui, une nouvelle « gouvernance » de la psychose que nous devons examiner avec attention. Entre autres questions, nous aurons à nous interroger sur la place que tient la prévention dans nos pratiques. Sommes-nous condamnés à accompagner, en tant que soignant, l'assistance, ou pouvons-nous la prévenir ? Or, et ce n'est pas fortuit, c'est précisément le thème de la 16<sup>e</sup> Semaine d'Information sur la Santé Mentale : « Santé mentale et prévention ».

Mais notre collègue Jean-Pierre Rumen nous invite à aller plus loin dans le débat, en nous interrogeant sur le statut du psychotique au regard de l'épistémologie... Que lui répondrons-nous ?

La Rédaction

## FAUT-IL OUVRIR UN CONFLIT SUR LE TERME « HANDICAPÉ PSYCHIQUE » ?

Certains collègues, peu nombreux mais persuasifs, font campagne contre l'appellation « handicapé psychique » introduite dans le projet de loi sur « l'égalité des droits et des chances, la participation, la citoyenneté des personnes handicapées ».

Roger MISÈS

On peut partager le souci de ces opposants, même si leur purisme terminologique apparaît excessif et leurs arguments d'inégale valeur ; mais on ne saurait minimiser le danger d'un affrontement sur ce thème avec les associations de parents et d'usagers : c'est pour ce motif que j'interviens.

Les Associations qui ont soutenu la réforme de la loi de 1975 souhaitent, en effet, très majoritairement, indiquer dans le nouveau texte que les personnes touchées par une maladie mentale à long cours doivent, au titre de leurs désavantages sociaux, bénéficier de *moyens non spécifiques* de compensation, d'adaptation, de réhabilitation, moyens qui seront ouverts à toutes les formes de handicap et permettront de mieux lutter contre la discrimination en favorisant l'intégration dans la cité. Ce souci de non-discrimination au plan social ne comporte, par ailleurs, aucune remise

en question des interventions de soins et d'accompagnement qui sont menées par les psychiatres et leurs équipes.

Autrement dit, dans le texte législatif incriminé, rien n'est proposé qui s'inscrive contre les modèles ouverts utilisés par la majorité des praticiens français, selon des perspectives qui récusent les clivages entre maladie et handicap, entre soins et éducation – en particulier dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Plus encore, on sait que le qualificatif *handicapé mental*, généralement employé jusque-là, l'a été parfois de façon réductionniste, afin d'appuyer des courants fixistes fondés sur une organogenèse exclusive où se trouve déniée la complexité des processus psychiques sous-jacents aux déficiences, aux incapacités, aux limitations d'ordre social. On a vu ces courants à l'œuvre dans le champ de l'autisme. Or, justement, même si cela n'est guère rationnel – puisque les racines grecques et latines ont la même signification – la référence à une *personne handicapée psychique* est désormais destinée à marquer, chez les malades concernés, la dimension de l'évolutivité et la nécessité d'un recours à des soins qu'on peut envisager sous les diverses formes offertes par la thérapeutique, mais aussi, à travers la façon de

prendre soin du sujet et de son entourage, par application, je le répète, de mesures non spécifiques qui s'inscrivent dans la lutte contre la discrimination et l'exclusion. La dimension éthique trouve ici à s'exprimer.

De telles orientations sont également présentes dans des propositions consacrées aux aspects les plus centraux de la pathologie mentale. Ainsi « le plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » (Ph. Cléry-Melin, V. Kovess, J-Ch. Pascal) – sans d'ailleurs susciter, sur ce point, de réactions négatives – use également du terme *handicapé psychique*, en marquant que les mesures mises en œuvre sur le terrain des limitations et désavantages sociaux exercent des effets positifs indéniables sur l'évolution du processus morbide.

Pour en revenir à la question terminologique en débat, ma préférence personnelle va à la formule « personne en situation de handicap par maladie mentale », mais, compte tenu du contexte que je viens d'évoquer, je ne crois guère opportun de rejeter l'appellation *handicapé psychique*, d'autant que, loin d'introduire des mesures réductionnistes, stigmatisantes ou discriminatoires, la nouvelle loi offre l'avancé

tage d'ouvrir aux malades mentaux, **de façon désormais explicite**, les mêmes droits qu'à toute autre personne handicapée – et cela sans remettre en question, à un autre niveau, la spécificité du fait psychopathologique.

En définitive, plutôt que d'ouvrir, à ce propos, un conflit hasardeux et mal

compris, il me semble préférable de transiger sur l'appellation contestée, en la considérant comme un mode de désignation large, répondant à un usage commun – de la même manière que l'on parle ailleurs, d'handicapé moteur ou d'handicapé sensoriel. Au-delà de cette première saisie, les subtilités et les exigences cliniques reprendront leurs

droits avec des précisions classificatoires qui permettent de faire ressortir la singularité du sujet – et d'apprécier ensuite son évolution – sur les différents plans que doit, nécessairement, prendre en compte une approche multidimensionnelle menée dans un espace élargi.

**R. M.**

## NE NOUS TROMPONS PAS D'ENJEUX

**Bernard DURAND**

À la veille du vote de la loi sur l'égalité des chances des personnes handicapées qui doit reconnaître l'existence du handicap psychique, un certain nombre de collègues du SPF ont décidé de s'opposer à cette nouvelle dénomination qu'ont soutenue les représentants des familles et les usagers eux-mêmes. Trente ans ou presque après les polémiques qu'avait suscitées la publication de la loi de 1975, nous sommes atterrés de voir que certains sont prêts à repartir en guerre sur des mots, comme si l'expérience ne nous avait rien appris.

Que l'ensemble du corps des psychiatres se soit mobilisé, en 1975, contre la loi d'orientation, est un fait ; si, avec du recul, on réalise ce que cela a eu d'excessif, on peut aussi comprendre les raisons qui justifiaient cette position. Il y a trente ans, le champ de la psychiatrie était encore « compact » : l'ensemble de la population concernée par les pathologies mentales était repérée uniquement comme patients et traitée dans les hôpitaux psychiatriques qui relevaient tous de la législation sur les aliénés de 1838 et de la loi hospitalière de 1970. Quant à la sectorisation, elle n'en était qu'à ses débuts. Les psychiatres avaient toujours été vigilants jusque-là, pour que les soins ne s'organisent pas sur le modèle médical d'alors, opposant des services de soins actifs et d'autres de long séjour, ce qui aurait entériné un système à deux vitesses. Ce refus conduisait même nombre d'entre eux à récuser le fait qu'on introduise la

moindre distinction entre les patients, au nom d'une égalité des soins, ce qui avait pour conséquence d'organiser une promiscuité intolérable dans les services qui accueillaient encore ceux qu'on appelait à l'époque les arriérés ou les oligophrènes.

Le champ de la psychiatrie, qui n'avait pas du tout été associé à la préparation de la loi de 1975, a vu dans l'émergence du handicap une menace de mise à l'écart des soins des patients chroniques les plus démunis. Il faut ajouter que ce concept de handicap faisait écho au modèle d'Esquirol, qui avait été d'une certaine manière le concepteur de la notion de handicap, dans le sens commun que les psychiatres lui donnèrent alors : un état opposé à la maladie, caractérisé par le fait qu'il est fixé et incurable. Faut-il rappeler qu'un numéro d'*Esprit*, quelques années plus tôt sur « l'Enfance handicapée », proposait ce terme pour parler des enfants « dont l'infirmité physique ou mentale ne relève pas actuellement d'une thérapeutique radicale, ceux qui auront besoin toute leur vie d'une aide particulière ».

De ce fait, les psychiatres n'ont pas du tout perçu les changements qu'allait permettre cette loi nouvelle, en donnant aux patients la possibilité de bénéficier de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et de nouvelles modalités d'accompagnement social. Bien que certains, en particulier dans l'abord de l'autisme, aient tenté d'utiliser le terme de handicap, pour récuser toute approche des troubles autres que neurologique et comportementale, les concepts

se sont précisés et les travaux de Wood en particulier ont permis de comprendre qu'il n'y avait pas à opposer la logique des soins et celle du handicap qui correspondait uniquement à la situation de désavantage social du sujet.

C'est ainsi que sont apparus la Classification Internationale des Handicaps (CIH), qui parlait « des conséquences des maladies », puis un modèle plus systémique, la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), qui valorise davantage le rôle du milieu dans la « production du handicap » pour reprendre la formulation de P. Fougey-Rollas. Si l'on prend en compte cette réflexion épistémologique, il est évident qu'il n'existe pas de lien direct entre une déficience et le niveau du handicap, du fait de l'ensemble des interactions complexes avec le milieu. De ce point de vue, la notion de handicap psychique est effectivement critiquable, tout comme c'est une erreur de raisonnement de parler de handicap physique, sensoriel ou mental. Il reste que notre pays a pris l'habitude de désigner les personnes handicapées sur un mode catégoriel à partir des déficiences, pour la simple raison que derrière ces catégories, il existe des lobbies influents qui ont contribué à faire évoluer les politiques, ce qui n'a pas été le cas justement des personnes en situation de handicap du fait d'une pathologie psychiatrique.

Ce n'est sûrement pas aux professionnels de décréter quels sont les qualificatifs stigmatisants, comme l'affirment certains de ces collègues à propos du handicap psychique. Nous avons vu

nombre de parents retrouver d'une certaine manière une identité de parents lorsque l'on évoquait la situation de handicap de leur enfant, alors qu'il se sentaient beaucoup plus stigmatisés lorsque le même enfant était dans un hôpital de jour où ce mot était banni. Nous avons d'ailleurs montré avec François Chapiro et J. Constant comment la stigmatisation rattrapait régulièrement les nouvelles appellations proposées. Par contre, on ne peut oublier qu'au nom du refus du handicap, nous avons parfois empêché que des patients, enfants comme adultes, puissent bénéficier de prestations auxquels ils avaient droit. Certains collègues ont décrété que tel enfant ne devait pas être étiqueté « handicapé » et donc que ses parents ne toucheraient pas l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES), avec la même bonne foi que ceux qui récusent aujourd'hui le handicap psychique.

Si les associations de familles et d'usagers proposent aujourd'hui le terme de handicap psychique, c'est qu'elles ont de bonnes raisons politiques de le faire. La Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine comprend ces raisons et ne s'opposera pas, loin s'en faut, à ce terme, même si elle en perçoit les limites et les travers. En effet, le paysage de la psychiatrie s'est complètement transformé depuis 1975: n'en déplaise à certains, et sans nier les difficultés réelles auxquelles sont confrontées de nombreuses équipes, les conditions d'accueil et de prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques se sont quand même grandement améliorées avec le développement des secteurs. On constate néanmoins que, si le nombre de lits d'hospitalisation a diminué, si les diverses alternatives de soins ambulatoires multipliées, et si le nombre de patients hébergés en hôpital a été divisé par deux voire trois, très peu de choses ont été faites pour leur offrir des conditions de vie correctes dans la cité – même si, ici ou là, des appartements associatifs ou des clubs ont été ouverts.

Une des raisons majeures de cet état a été le fait que les collectivités locales

qui avaient la charge de ce développement (au moins pour les adultes, puisque le dispositif pour les enfants, géré par les annexes 24 est resté de la compétence de la Sécurité sociale), n'ont eu de cesse de renvoyer les initiatives, issues le plus souvent d'associations diverses (parfois fédérées au sein de notre mouvement), au secteur sanitaire, au motif qu'il ne s'agissait pas de personnes handicapées, mais de malades mentaux. Ainsi, de nombreux patients se sont trouvés de fait exclus au sein de la cité, n'ayant pu s'étayer sur une trame sociale tissée préalablement avec les édiles et les travailleurs sociaux. Combien ont été ainsi stigmatisés *de facto*, dans une situation de discrimination rampante et parfois mortifère ? Aussi, le fait que la loi reconnaisse le handicap psychique va changer la règle du jeu et mettre au pied du mur les collectivités locales qui vont être appelées, *via* la loi de décentralisation, à des compétences élargies en matière sociale, voire médico-sociale. De plus, elle obligera « usagers » et équipes de santé mentale à promouvoir non l'égalité des chances (stigmatisée à juste titre par Roger Salbreux) mais bien l'égalité des droits et l'équité entre les citoyens dès lors que se constitue la situation de handicap.

Le champ de la santé mentale ne peut plus se limiter à la psychiatrie proprement dite. Bien avant qu'il s'impose comme une évidence, ce terme avait été retenu par notre Fédération d'Aide à la Santé Mentale, tout comme celle-ci avait également étudié le concept de handicap psychique. Notre ambition, aujourd'hui, est de mobiliser avec nous les acteurs et les professionnels du champ social et médico-social, souvent étrangers à notre culture psychiatrique traditionnelle, mais qui œuvrent également pour ceux qui sont en situation de handicap du fait de leurs troubles psychiques. Il faut prendre acte que le temps où la psychiatrie avait le monopole des soins et de l'assistance est révolu : notre mouvement a lutté pour qu'à côté des soins, la qualité de vie des patients soit également prise en compte. Aussi, nous ne pouvons que

nous réjouir de voir cette dimension sociale prise en main par les familles et les usagers eux-mêmes, mieux à même que les professionnels pour mobiliser les élus, par exemple, sur les enjeux de l'hébergement et des clubs.

Nous pensons que, quelle que soit l'erreur épistémologique qu'elle recouvre, la reconnaissance légale du handicap psychique devrait faciliter ces démarches. Nous serons par contre vigilants pour que cela ne se traduise pas par l'instauration de filières parallèles et que l'on n'oppose pas soins et accompagnement médico-social, lieux de soins et lieux de vie. Si les élus de la République ont été conduits à distinguer deux secteurs, le sanitaire et le social avec chacun ses règles et ses modes de financement, nous savons, nous, que ce sont les mêmes personnes qui traversent ces deux champs. Aussi, nous n'accepterons jamais qu'une personne, au motif qu'elle ait été reconnue en situation de handicap, ne puisse recevoir simultanément des soins, selon des modalités ajustées au moment en question. C'est ce partenariat au carrefour du soin et de la vie quotidienne que nous devons soutenir dans le cadre de la vie associative, afin de favoriser la continuité de la vie d'un sujet à la fois patient, personne en situation de handicap et citoyen à part entière.

Le problème n'est donc pas de se battre sur des mots, mais, dans ce contexte particulier du grand chantier engagé par le Président de la République sur les personnes en situation de handicap, de reconnaître les enjeux d'aujourd'hui. Nous avons la conviction qu'ils doivent impliquer l'ensemble de nos concitoyens et de leurs élus, et pas simplement les professionnels, car comme l'a écrit Julia Kristeva, la problématique du handicap va jusqu'à poser la question d'une refondation du pacte démocratique.

**B. D.**

*Président de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine*

## HANDICAP PSYCHIQUE

Jacques-David  
BEIGBEDER

La loi de 1975 sur les handicapés accompagnait en quelque sorte celle sur les institutions médico-sociales. Les psychiatres ont à l'époque assez majoritairement pris position contre une loi qui leur paraissait, déjà à l'époque, devoir déqualifier le soin... S'ils se sont fait une raison de cette loi dont ils ont expérimenté l'usage, et qui a permis à beaucoup de leurs patients d'avoir les moyens de sortir de l'hôpital, ils ont, pour beaucoup d'entre eux, eu de plus en plus de mal à faire reconnaître leur place au sein d'équipes qui n'étaient plus de soin, mais d'accompagnement.

La loi de 1975 prévoyait trois catégories de handicap : moteur, sensoriel et mental. Chaque catégorie se déclinait sous forme d'incapacité ouvrant droit, selon des barèmes, à des niveaux d'invalidité. Le handicap n'était donc pas un diagnostic mais la reconnaissance sociale d'une déficience. En tant que médecins, nous n'avions pas lieu de nous y opposer et ceci d'autant plus que nous étions invités à produire des certificats attestant du déficit observé.

La reconnaissance de l'« autisme », par les parlementaires, comme « handicap » est venu battre en brèche cette logique... L'autisme est d'abord un symptôme, avant d'être une maladie, voire un handicap. Il est à géométrie variable dans son expression clinique.

Et s'il justifie des prises en charge spécifiques pour certaines de ses formes, il suppose une stratégie de soin qui suppose des compétences médicales. Or nous savons que nous avons été, en tant que psychiatres, délibérément écartés de certaines filières d'accompagnement et que beaucoup de jeunes enfants « autistes » sont envoyés dans des centres loin de chez eux pour « bénéficier » de ces filières spécialisées.

On pourrait citer aussi le cas des trisomiques. Lors des Commissions Départementales d'Éducation Spéciale (CDES), leur invalidité est systématiquement évaluée à plus de 80 %, quel que soit leur degré d'autonomie ou de performance. Le diagnostic prime sur le handicap reconnu et évalué...

La politique de soins des malades mentaux a beaucoup évolué. Nous n'en référons pas à l'historique, mais il est certain que la notion de « service d'accompagnement » de la loi médico-sociale était, dans l'esprit de l'administration et du gouvernement (Chirac) de l'époque, repérée comme faisant double emploi avec la politique de Secteur mise en place trois ans auparavant (avec les circulaires du 14 et du 16 mars 1972). Le concept de « handicap mental » a cependant permis le développement de politique d'assistance en partenariat avec les secteurs.

Les « usagers », au premier rang desquels les familles, insistent aujourd'hui sur les manques de cette politique

d'assistance en terme de logement, de ressource et précisément d'accompagnement. Ils font valoir qu'il s'agit de sujets qui se distinguent des handicapés mentaux, en ce que leurs capacités intellectuelles sont conservées et que leurs troubles ne sont pas fixés mais variables, dans le temps, au gré des circonstances et de l'évolution de leur pathologie. Néanmoins, la nature de ces troubles n'est pas définie et le handicap qu'ils se proposent de faire appeler « psychique » ne se repère que d'accompagner la « maladie mentale ».

Certes, la demande des familles est aussi que l'offre de soin soit à la hauteur des besoins, mais nous sommes en droit de nous interroger et sur une éventuelle déqualification du soin (par un transfert des moyens vers le secteur de l'assistance, notamment pour ce qui concerne le développement du secteur) et sur la restigmatisation des malades mentaux (qui pourront être, quelle que soit leur pathologie, affublés du statut de « handicapé psychique », lors même que la loi de 1968 leur avaient rendu en son temps leur capacité civile)... Quel pourra être notre rôle de thérapeute auprès de nos patients, les aidant à se construire un espace de liberté, s'ils sont par ailleurs, socialement déqualifiés ?

**J.-D. B.**  
vice-Président AFP  
mai 2004



## ET SI C'ÉTAIT MON TESTAMENT ?

Jean-Pierre  
RUMEN

Ce qui n'est en rien surprenant puisque la psychose ne se manifeste que relativement au social, à l'humain.

La psychose n'est évidemment pas localisée au psychotique, elle court, et un délire est aussi interface entre interlocuteurs. La psychose dans l'interlocution ne peut pas forcément être localisée. En témoigne ce cas que j'ai présenté aux Journées Nationales de l'an passé : un jeune homme, qui n'était pas impuissant et qui avait songé un temps à la solution du transsexualisme, fut appareillé de prothèses péniennes par un chirurgien qui se révéla être préoccupé, quant à lui, d'une disponibilité sans faille de l'appareil génital mâle. L'affaire tourna au drame lorsque le jeune homme tua au couteau, *in utero*, le fruit du commerce sexuel avec son épouse, commerce sous influence (de la prothèse chirurgicale).

Ceci sur la psychose comme phénomène, comme horizon (et non comme limite) à la liberté de chaque homme.

Si l'on en vient à sa constitution, à son étiologie, une organisation psychotique procède de l'affectation d'un corps par le langage (plus précisément que par l'environnement), mode d'affectation qui se distingue des modes névrotiques ou perverses et se caractérise, à grands traits, par un excès de sens, conséquence d'un glissement ininterrompu de la chaîne signifiante où l'absence de point capiton fait que tout renvoie à tout. Ce mode d'affectation comporte encore la mainmise sur les objets causes du désir, singulièrement sur l'objet-voix. De ces particularités naissent les hallucinations

(auditives bien sûr), les constructions délirantes qui tentent d'organiser l'excès de sens, et les « troubles du comportement » qui vengent de la persécution langagière. Y appartiennent aussi bien les constructions idéologiques et/ou paranoïaques qui prétendent ordonner le monde ou le plier au discours.

Et la psychose n'est pas la folie.

La psychose est produit du savoir élaboré par la psychiatrie. C'est la réponse que la médecine (dont la psychanalyse) pense pouvoir donner à l'interrogation sociale sur la folie.

Notre lecture d'Auguste Comte, de Jean-Jacques Rousseau, de Louis-Ferdinand Céline, d'Emmanuel Swedenborg, etc. nous fait penser à la psychose. Leur folie ne fut jamais affirmée.

Gilbert Bourdin (le Mandarom) présentait évidemment une paraphrénie imaginative, mais ce ne fut nulle part affirmé. La présence auprès de lui, comme adeptes, de membres du CNRS aurait découragé les plus vétilleux d'y voir vésanie tant il est assuré que la science garantit contre la folie, ce qui est pourtant non seulement une absurdité mais encore quasiment le contraire.

On a pu admirer, il y a peu, dans une rétrospective des créations de la deuxième chaîne de télévision française « 40 ans à 2 », un jeune homme figé, aux pupilles animées d'un *nystagmus incoercible*, acclamé parce qu'il pouvait réciter le contenu du dictionnaire des noms propres sans manifestement en connaître davantage sur les personnages que la date de leur naissance et celle de leur décès. Où était la psychose ?

Mais, à l'inverse, on peut être fou (folie du doute, folie hystérique) sans être psychotique. Les commensaux de ces personnes en savent quelque chose...

La psychiatrie, là où elle survit au moins, utilise les instruments qu'elle crée encore, mais, ce faisant, décolle des attentes sociales. On le voit de plus en plus au cours des activités d'expertise. On peut aussi lire qu'on a « quelques chances d'être hospitalisé si on est psychotique, aucune si on est fou », ce qui est pertinent mais pose la question de l'existence d'asiles (et pourquoi pas d'asiles d'aliénés) plutôt que d'hôpitaux psychiatriques. Pour quelles maladies, partant pour quelle « santé mentale » ?

Il n'y a pas de doute, la paranoïa sociale récuse depuis toujours la psychose pour lui régler son compte, par la réhabilitation citoyenne maintenant que la médecine guérisseuse a échoué. Il est souhaitable que les psychiatres, au moins ceux qui se refusent à la « collaboration », se souviennent qu'un délire n'est pas équivalent de psychose et que, de toute façon, il n'est pas forcément à éradiquer à coup de molécules inhibitrices de l'activité mentale, ridiculement baptisées « antipsychotiques ».

Il faudrait aussi avoir présent à l'esprit que la psychose n'est pas sans suppléance possible, permanente ou non (voir James Joyce et son œuvre, voir aussi les innombrables directeurs, officiers, PDG, psychiatres... dont le symptôme est la fonction, dont leurs subordonnés pâtissent...), ce qui permettrait, entre autres, de se passer du concept d'état limite, « inutile et incertain ».

Il serait certes plus fructueux d'examiner les possibilités pour l'environnement d'aménager ces nouages suppléants et de cesser, comme ordinairement, de vouloir « guérir » la psychose par la paranoïa, c'est-à-dire la normalité...

**J.-P. R.**  
vice-Président AFP

Organisées par :  
l'Association Française de Psychiatrie  
N° d'agrément FMC : 11 75 250 40 75

## 23<sup>es</sup> Journées Nationales

# **PENSER LA PSYCHOSE : LE PSYCHOTIQUE ET SON ENVIRONNEMENT SOCIAL**

*sous la présidence d'Honneur de Bernard JOLIVET*

**vendredi 14 et samedi 15 janvier 2005**

**aux Salons de l'Aveyron : 17, rue de l'Aubrac - 75012 Paris**

(Bulletin d'inscription p. 20)

## **ARGUMENT 2005**

---

### **LE PSYCHOTIQUE ET SON ENVIRONNEMENT SOCIAL**

« Penser la psychose » devrait être « penser au psychotique », ce sujet fragile et particulier qui ne se laisse appréhender par aucune classification, ni réduire par aucune tentative de normalisation. Acceptons de penser sous un jour nouveau tous ses itinéraires, que ce soit ceux du monde médical, du monde du travail, ou celui du monde relationnel dans son ensemble, et cela à chaque étape de sa vie.

En effet, si pour s'occuper d'un enfant psychotique, s'intéresser à son environnement est une nécessité évidente, pour l'adulte la connaissance de son environnement quotidien est souvent réduite à peau de chagrin. Nul doute que le morcellement même de la psychose participe à cette méconnaissance, et que si les outils nécessaires au recueil de ces données ont existé, ils seraient à réinventer, quel que soit le lieu où ils s'instituent.

En outre, l'expérience montre que, quel que soit le projet thérapeutique, le psychotique peut vouloir souhaiter échapper aux trajectoires de soins parfaitement calibrées. Aux parcours apparents et balisés, il oppose des itinéraires cachés, comme autant d'ultimes sursauts de liberté ou d'ultimes tentatives de survie. Or, on ne peut lui donner tort de vouloir échapper à certaines technologies si désincarnées qu'elles ne sont plus pertinentes, et à des catégorisations qui, dans l'air du temps, s'accroissent encore sous des prétextes scientifiques, économiques ou sécuritaires.

Ainsi les pouvoirs publics, au risque de rendre sourd à la cohérence d'un projet thérapeutique qui ne disqualifierait ni le soin, ni le réseau social, ni la personne elle-même, ont inventé une nouvelle case : « le handicap psychique », où le psychotique devrait s'inscrire.

En lieu et place des personnes les plus socialement précarisées, notre réponse ne peut être que militante car pourrions-nous accepter de participer à la schizophrénie latente des institutions qui oscillent entre souci de performance et souci économique ?

Dès lors, notre exigence à « penser la psychose », c'est-à-dire à la penser différemment, est la seule voie pour faire revenir la société à une vision plus humaine du sujet psychotique.

Organisées par :  
l'Association Française de Psychiatrie  
N° d'agrément FMC : 11 75 250 40 75

## 23<sup>es</sup> Journées Nationales

# PENSER LA PSYCHOSE : LE PSYCHOTIQUE ET SON ENVIRONNEMENT SOCIAL

sous la présidence d'Honneur de Bernard JOLIVET

vendredi 14 et samedi 15 janvier 2005  
aux Salons de l'Aveyron : 17, rue de l'Aubrac - 75012 Paris  
(Bulletin d'inscription p. 20)

## PROGRAMME

### VENDREDI 14 JANVIER

**9 h 15 - 9 h 20**  
OUVERTURE

C. VASSEUR

**9 h 20 - 9 h 35**  
INTRODUCTION

B. JOLIVET

**9 h 35 - 10 h 25**  
RAPPORT

Sous la présidence de J.-Y. COZIC,  
J.-D. BEIGBEDER : Le psychotique et  
l'institution psychiatrique

**10 h 25 - 11 h 00**  
DISCUSSION

DISCUSSION AVEC LA SALLE

**11 h 00 - 11 h 30**

Pause

**11 h 30 - 13 h 00**  
2 ATELIERS  
SIMULTANÉS  
D'ÉCHANGES  
ENTRE LES  
PARTICIPANTS

- Les itinéraires du psychotique, face apparente, face cachée : F. GALINON, B. JOLIVET, N. MARTY
- Handicap : histoire, fonction, place en psychiatrie ? F. CHAPIREAU, S. EBERSOLD, R. SALBREUX, H.-J. STIKER

**13 h 00 - 14 h 30**

Déjeuner (sur place)

**14 h 30 - 15 h 20**  
RAPPORT

Sous la présidence de Y. MANELA,  
C. DEJOURS : Le psychotique et le travail :  
une chance ou une impasse ?

**15 h 20 - 16 h 00**  
DISCUSSION

DISCUSSION AVEC LA SALLE

**16 h 00 - 16 h 30**

Pause

**16 h 30 - 18 h 00**  
2 ATELIERS  
SIMULTANÉS  
D'ÉCHANGES  
ENTRE LES  
PARTICIPANTS

- Les « Survivants » : C. LAMOTHE, J.-C. PASCAL
- Destins de la psychose, ruptures et mort... : C. JEANGIRARD, C. VASSEUR

**18 h 15**

Remise du PRIX LITTÉRAIRE  
Charles BRISSET 2004

**20 h 00**

Dîner des Journées (en ville)

### SAMEDI 15 JANVIER

**9 h 15 - 10 h 05**  
RAPPORT

Sous la présidence de J.-P. RUMEN,  
A. LOVÉLL : L'environnement et  
la psychose

**10 h 05 - 10 h 40**  
DISCUSSION

DISCUSSION AVEC LA SALLE

**10 h 40 - 11 h 00**

Pause

**11 h 00 - 11 h 50**  
RAPPORT

Sous la présidence de R. MISÈS,  
J.-M. HAVET : Quelle famille pour  
le psychotique ?

**11 h 50 - 12 h 30**  
DISCUSSION

DISCUSSION AVEC LA SALLE

**12 h 30 - 12 h 45**  
CONCLUSION

C. VASSEUR :  
Synthèse et conclusion

**13 h 00**

Buffet de clôture (sur place)

**Comité Scientifique** : Yannick CANN - Françoise CORET - Jean-Yves COZIC - Michel DEMANGEAT - Bernard GIBELLO - Jean-Michel HAVET - Bernard JOLIVET - Christine LAMOTHE - Jean-Pierre RUMEN - Roger SALBREUX - Christian VASSEUR.

**Comité d'Organisation** : Jacques-David BEIGBEDER - Jean-Michel HAVET - Christine LAMOTHE - Yves MANELA.

Organisées par :  
l'Association Française de Psychiatrie  
N° d'agrément FMC : 11 75 250 40 75

## 23<sup>es</sup> Journées Nationales

# PENSER LA PSYCHOSE : LE PSYCHOTIQUE ET SON ENVIRONNEMENT SOCIAL

sous la présidence d'Honneur de Bernard JOLIVET

vendredi 14 et samedi 15 janvier 2005  
aux Salons de l'Aveyron : 17, rue de l'Aubrac - 75012 Paris

## VOS COORDONNÉES

Merci d'écrire en lettres capitales.

Mme  Mlle  M.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Institution : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

## VOTRE RÈGLEMENT

1. Droits d'inscription comprenant :	avant le 30/12/04	après le 30/12/04	Total à régler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'assistance aux débats scientifiques</li> <li>• la remise du Prix Littéraire Charles Brisset</li> <li>• les déjeuners des 14 et 15 janvier</li> <li>• les pauses</li> <li>• les Actes des Journées</li> </ul>			
• Formation continue	320 €	360 €	
• Membres de l'AFP	250 €	270 €	
• Non-membres de l'AFP	290 €	310 €	
• Internes	160 €	160 €	
• Médecins en exercice depuis moins de 4 ans	160 €	160 €	
• Professions paramédicales	160 €	160 €	
• Internes membres de l'AFFEP	100 €	120 €	
2. Soirée festive du vendredi 14 janvier	65 €	70 €	
<i>En cas d'annulation, 15 € seront retenus pour frais de dossier.</i>			<b>TOTAL</b>
<i>Par chèque établi à l'ordre de l'Association Française de Psychiatrie</i>			

### 1. HÉBERGEMENT

Coordonnées d'hôtels disponibles au secrétariat.

### 2. TRANSPORT

Souhaitez-vous un fichet de réduction ?

SNCF  Oui  Non

Air France  Oui  Non

## EN LISANT FRANZ KAFKA, LEWIS CARROLL ET LE PROJET MÉDICAL 2002-2006

Nicole KOEHLIN

L'ombre de K. était nette sur le sol de l'allée Franz K. (écrivain, 1883-1924), et quand il tourna dans l'allée Gérard de N. (poète, 1808-1855), sur la droite, il s'obligea à ne pas regarder le flou de ses contours sur le gravier. En sonnant à la porte du pavillon Omega, il s'efforça de laisser se dissiper dans son esprit les échos assourdis de la sonnette.

Quand l'infirmier Grubach ouvrit la porte, il était prêt. « Bonjour, comment allez-vous ? Oui, le travail, ça va bien... Oui, je suis content. J'ai trouvé un nouveau logement ! Plus grand, dans le même quartier. Oui, oui, je viens voir le docteur Bürstner, comme tous les mois... à plus tard ! »

Le couloir était vide. Il alla s'asseoir sur une chaise le long du mur. Quand A. sortit du bureau de Bürstner, K. tenta avec curiosité de rencontrer son regard... non, il était à nouveau muré avec ses démons.

« Ah, Monsieur K. ! » dit le Dr Bürstner en souriant. « Bonjour ! » et il lui tendit la main. La conversation s'instaura et K. s'étonna en son for intérieur. La banalité qui, auparavant envahissait le bureau et se cognait violemment aux murs, s'était comme apprivoisée, se laissait même caresser avec complaisance. Il termina en parlant de son nouveau logement. « Il faut que je vous donne mon adresse ». « Bien sûr, allez au bureau S, on la notera sur votre dossier. Au revoir, Monsieur K. ».

Il sortit de la pièce, plusieurs personnes marchaient à pas pressés dans le couloir. En s'écartant pour les laisser passer, il reconnut deux infirmiers du CMP.

Le bureau S était au fond du couloir. Une pancarte indiquait : « La porte est ouverte. Frappez et entrez ». K. s'exécuta et alla droit vers le bureau de Mademoiselle Hasterer. La pièce, très haute de plafond, était immense et sonore. Le regard de K. ne s'attarda pas sur les cartes de la ville et de sa banlieue qui tapisaient les murs. Il passa devant cinq ordinateurs bourdonnant sur leur table, et songea comme Mademoiselle Hasterer était gracieuse, toute en contraste avec la géométrie lourdement professionnelle du Plan du Secteur, dont son grand bureau en demi-lune commandait l'accès.

« Bonjour, Monsieur K., cela fait plaisir de vous voir aussi bien. » K. remercia. « Je dois vous donner mes nouvelles coordonnées » ajouta-t-il. Mademoiselle Hasterer acquiesça. Quand elle se leva, une bouffée de parfum vint chatouiller le nez de K. Le Plan du Secteur était tout piqué de petits drapeaux, et K. savait que les petits rouges représentaient les patients. Grande était la rigueur de Mademoiselle Hasterer dans la mise à jour des mouvements des drapeaux, et il s'émerveilla de cette attirance pour l'ordre, dont l'adéquation avec le règlement se cristallisait en une véritable perfection esthétique.

« Alors, vous habitez 22 passage Winnicott, vous déménagez au 23 : vous traversez la rue », sourit-elle. Sa main aux jolis

ongles vint saisir le drapeau K. et, avec une grâce mêlée de fermeté qui transporta K., alla le piquer deux millimètres plus loin. K. fut arraché à sa rêverie par un son aigu et discordant qui emplît la pièce, s'engouffra dans les couloirs, et lui sembla-t-il, dans les allées de l'hôpital.

Quand le silence revint, Mademoiselle Hasterer parla : « La procédure vient d'être engagée, et vous apprendrez tout en temps voulu. Je ne suis pas chargée de vous le dire. Allez dans le bureau de monsieur Lanz, vous y ferez le point. Au revoir, monsieur K. »

K. se dirigea vers l'escalier pour se rendre dans le bureau de monsieur Lanz, mais il s'arrêta, car en plus du premier, il aperçut dans la cour encore trois autres cages d'escaliers ; un petit passage à l'extrémité de la cour semblait de surcroît s'ouvrir sur une deuxième cour. Il était furieux qu'on ne lui ait pas indiqué avec plus de précision l'emplacement du bureau ; on le traitait vraiment avec une singulière négligence ou indifférence, et il comptait bien le faire remarquer haut et fort.

Pourtant, ce bureau, il le connaissait bien ; il l'avait intégré à son labyrinthe personnel, si souvent exploré, et maintenant cartographié. Les zones inexplorées n'étaient plus que des petits pointillés, surtout ne pas les laisser à nouveau prendre leurs aises.

Quand il entra dans le bureau de monsieur Lanz, Bürstner qui s'y trouvait déjà lui dit avec fermeté et beaucoup d'humanité : « Monsieur K., vous n'ignorez pas que notre principal outil de soin, c'est le Secteur. C'est grâce à lui que vous allez bien maintenant. Vous comprendrez qu'il est indispensable, pour déployer notre démarche qualité, d'améliorer l'offre de soins dans sa diversité et surtout sa proximité. Vous avez changé de secteur. En traversant le passage Winnicott, vous passez dans le secteur 6073. Nous vous donnons les coordonnées du CMP de ce secteur. Vous ferez la démarche pour y être suivi avec la continuité nécessaire. Au revoir, monsieur K., comprenez bien que toute attaque du règlement attaque le Soin que nous apportons. Nous avons le devoir de nous battre pour laisser le patient au cœur du dispositif. C'est pour optimiser votre prise en charge que nous luttons. »

K. sortit dans la cour ; un lapin blanc aux yeux roses vint à passer près de lui en courant. Il n'y avait rien là de particulièrement remarquable et K. ne trouva pas non plus très extraordinaire d'entendre le lapin dire à part soi : « Oh, là, là ! Oh, là, là ! je vais être en retard ! »

Il s'élança à travers champs à la poursuite de l'animal, et eut la chance de le voir s'engouffrer dans un large terrier qui s'ouvrait sous la haie. Un instant plus tard, il s'y enfonçait à son tour, sans du tout s'inquiéter de savoir comment il pourrait ressortir.

N. K.

\* KAFKA (F) : *Le procès*, Pocket, 2004, 288 pages.

CARROLL (L.) : *Alice au pays des merveilles*, Langues pour tous, 2004, 284 pages.

Projet médical d'établissement en cours d'élaboration.

## PAS DE DISCOURS SANS LECTURE

### OUVRAGES RÉCEMMENT PARUS

#### *Métamorphoses de la parenté*

Maurice GODELIER  
Fayard - 30 €

#### *Archéologie et architecture hospitalières de l'Antiquité tardive à l'aube des temps modernes*

Françoise-Olivier TOUATI (sous la dir.)  
Boutique de l'Histoire - 29 €

#### *L'instant d'un geste : le sujet, l'éthique et le don*

Jean-Daniel CAUSSE  
Labor et Fides - 18 €

#### *Éthique et recherche biomédicale : rapport 2001*

Comité consultatif national d'éthique  
pour les sciences de la vie et de la santé  
La documentation française - 18 €

#### *Le traité des hallucinations*

Henri EY  
Bibliothèque des introuvables - 95 €

#### *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

Serge LÉBOVICI, René DIATKINE, Michel SOULÉ  
PUF - 49 €

#### *Temporalité et psychiatrie de l'enfant : éloge de la durée*

Éd. Centre Alfred BINET ; Claude AVRAM,  
Sophie BARRE, Sabine CANN *et al.*  
In Press - 24 €

#### *Leçons psychanalytiques sur l'angoisse*

Paul-Laurent ASSOUN  
Anthropos - 8 €

#### *La psychanalyse à l'épreuve de l'islam*

Fethi BENSLAMA  
Flammarion - 9,20 €

#### *Narcissisme et perversion*

Nicole JEAMMET, Françoise NEAU, René ROUSSILLON  
Dunod - 26 €

#### *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*

Pierre FEDIDA, Mareike WOLF-FEDIDA (sous la dir.)  
Le cercle herméneutique Bayard Éditions-Centurion - 18,30 €

#### *Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie*

Carol JONAS, Jean-Louis SENON  
Elsevier - 25 €

## HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

HOCHMANN (J.) – PUF, *Que sais-je ?*, 2004, 7,50 €

Jacques-David  
BEIGBEDER

La psychiatrie n'en finit pas de se raconter... quelquefois conte de fées, quelquefois quête de sens ! Cette mise en perspective est nécessaire, rien ne s'y comprend sans cela tant la psychiatrie, à l'instar de la philosophie, est inscrite dans le temps. Jamais elle ne cesse de se remanier, ce qui en fait assurément le milieu institutionnel le plus instable et, partant, le plus vivant.

Quand cette histoire est servie par ceux d'entre nous qui, comme Hochmann, ont longuement médité les leçons du passé, on la parcourt avec bonheur et on souligne au passage les analyses qu'on partage, les points de vue qu'on apprécie. Par exemple, s'agissant de l'histoire contemporaine : non, ce ne sont pas les neuroleptiques qui ont permis l'évolution des structures hospita-

lières, oui, la reconnaissance de la psychiatrie comme discipline médicale, s'est traduite par la revalorisation économique des psychiatres... ! Pourquoi diable, est-ce cela que j'ai envie de reprendre ?

Et maintenant ? Le livre vient à point nommé pour souligner les dérives de l'évaluation économique qui contribue à pervertir les références, y compris psychopathologiques... Et que penser de cette notation : « \* Il restait à la psychiatrie à faire face à une dernière antipsychiatrie, celle des usagers, plus informés et mieux organisés ? »

J-D. B.

\* Page 116.

## MANUEL DE RÉADAPTATION PSYCHIATRIQUE

LECOMTE (T.), LECLERC (C.) (sous la dir.) – Presses de l'Université du Québec, 2004, 461 p., 69 €

**Bernard JOLIVET**

Écrit en français par des Canadiens, ce serait là une première raison de nous réjouir. La seconde est qu'ils emploient le terme de Réadaptation au lieu de celui de Réhabilitation, d'usage plus anglo-saxon (voir l'ouvrage récent du *Centre de Réhabilitation Psychiatrique de Boston* « La Réhabilitation Psychiatrique ») et de fait plus en rapport avec nos réflexions actuelles sur les « Soins de Réadaptation ». En fait, cela recouvre à peu près la même chose, c'est-à-dire une véritable expertise des moyens « de pointe » à mettre en œuvre au profit des personnes souffrant de troubles mentaux graves (à noter que le terme de handicap n'est pratiquement pas utilisé et que sont évitées toutes stigmatisations).

Ainsi ce livre se décompose-t-il en plus de 10 chapitres qui analysent les différents programmes psychosociaux utilisés en faveur de cette population (apprentissage de l'autonomie fonctionnelle, programme de suivi intensif dans le milieu, approche familiale, etc.). Programmes, bien sûr, qui retiennent l'intérêt autant qu'ils sont validés : ne sont en effet retenues que les « données probantes » (*evidence based*).

On ne peut être qu'impressionné par la masse des travaux que cela implique dans une recherche rigoureuse. La comparaison avec nos propres travaux, qui sont souvent plus des discours que

des résultats de recherche, n'est certes pas en notre faveur, si l'on admet que ces efforts outre-Atlantique aboutissent à des résultats de bien plus grande qualité que notre « apparente superficialité », ce qui n'est pas évident...<sup>(1)</sup>. Ce qui l'est par contre dans ce volume, c'est qu'il n'y a pratiquement aucune référence à notre « système français » dont nous sommes si fiers... ni à nos bons auteurs à quelques exceptions près. Cet « oubli » pour des « cousins » est gênant !

Enfin, il n'y a aucune allusion à une pensée psychanalytique possible, ne serait-ce que dans une perspective psychodynamique pour aborder les troubles mentaux graves. La dominante est manifestement sociologique et comportemento-cognitiviste.

Abords qui se prêtent évidemment beaucoup mieux aux « validations ». C'est d'ailleurs la même chose que nous a donnée la méta-analyse faite récemment à propos des psychothérapies. Ceci étant, difficile d'ignorer une telle masse de réflexions et de pratiques, pour un sujet aussi difficile que les traitements et conduites vis-à-vis des malades présentant des troubles mentaux graves.

**B. J.**

*Membre d'Honneur AFP*

<sup>(1)</sup> Dans les années 80, à la suite d'une même densité de travaux canadiens, nous avons envoyé une équipe de la SPASM « juger » sur place... Au retour, le moins qu'on puisse dire, c'est qu'elle fit état d'une grande déception...

## GRAINS DE SEL PSYCHIATRIQUE

**PSYCHIATRICUS**

Que penser ? Que dire ou qu'écrire ? Que faire en ces temps difficiles ? « Les temps sont difficiles » chantait le poète. L'enfer est sur la terre et il n'est pas pavé que de bonnes intentions laissées en souffrance. Il est pavé de décisions qui tendent à ce que les riches soient de plus en plus riches et à ce que les pauvres soient de plus en plus nombreux et de plus en plus pauvres. Stagnation ou régression des crédits sociaux et pour la prévention, et augmentation des crédits pour la répression.

Le monde est dominé par le capital financier et, en particulier, par les pétroliers. Or, le pétrole est une substance noble dont un de nos Prix Nobel disait récemment qu'il était dommage de l'utiliser essentiellement pour le brûler. Vaille que vaille, malgré les découvertes, les réserves s'en épuisent. L'usage pacifique de l'énergie atomique, en prenant toutes les précautions nécessaires, a donc un bel avenir, n'en déplaise à nos écologistes. Mais ils ont raison de demander le développement des énergies propres et renouvelables, comme la biomasse.

La démocratie américaine va renouveler son président. Souhaitons qu'elle préfère le libéral au conservateur pour les populations défavorisées et les malades des USA. Curieuse démocratie tout de même qu'un pays où une campagne coûte des sommes de l'ordre du milliard de dollars et où on n'a pas trouvé les crédits pour remplacer des machines à voter obsolètes par des machines à voter fiables dans l'ensemble des États.

Ce n'est pas le tout de nous désoler de la situation de nos amis américains. Au lieu d'avoir tendance à les imiter avec vingt ans de retard, tâchons de faire mieux qu'eux lors de nos prochaines joues politiques. Ils ont l'avantage d'être suffisamment riches pour pouvoir gaspiller beaucoup, tandis que nous sommes conduits à faire preuve d'une sagesse à laquelle nous n'étions pas accoutumés durant les fameuses « Trente Glorieuses », qui sont désormais loin derrière nous. Qu'on me pardonne ce « Grain » politique mais il remplace une méditation triste sur la législation sur les psychothérapies et je ne veux pas affliger nos amis qui y ont travaillé.

**P.**

*(p.c.c. C. N.)*

## PETITES ANNONCES

### RAPPEL

Les tarifs des petites annonces sont à demander par fax au 01 42 71 36 60  
ou par mail [p.ann@psychiatrie-francaise.com](mailto:p.ann@psychiatrie-francaise.com).

Les ordres doivent parvenir au secrétariat le 22 du mois précédant celui de la parution,  
donc le **22 décembre au plus tard** pour une parution fin janvier.

(réf. 1790) **13 – MARSEILLE –** Psychiatre **Recherche associé** dans SCM + clinique, beaux locaux dans jardin, quartier résidentiel près corniche. Contact Dr ZERBIB ☎ 04 91 23 30 30 ou 06 62 44 90 02

(réf. 1791) **30 – MONOBLÉ –** L'IRP Les Amariniers **Recherche un médecin psychiatre** en CDI - 0,41 ETP - CC 51 - Rens. ☎ 04 66 56 26 10

(réf. 1792) **75 – PARIS –** Association Loi 1901 **Recherche Pédopsychiatre** pour responsabilité d'une structure de soutien à la parentalité et à la filiation adoptive - 0,2 ETP - Contact ☎ 01 45 48 90 99

(réf. 1793) **75 – PARIS 19<sup>e</sup>** (Face au Parc des Buttes Chaumont) – **À céder, Urgent** cause décès, **cabinet de psychiatrie**. Modalités à débattre - ☎ 01 45 51 39 11 ou 06 60 61 39 11

(réf. 1794) **95 – Proche Banlieue Nord de PARIS –** Cause retraite 31.12.04 **Vend cabinet** psychiatrie tenu 30 ans - 1/2 annuité - ☎ 06 67 66 83 93

(réf. 1795) **97 – ÎLE DE LA RÉUNION –** Pour départ à la retraite **à Céder cabinet psychiatrie**, bien situé, tenu 10 ans ☎ / ☎ 02 62 20 32 44

(réf. 1796) **97 – ÎLE DE LA RÉUNION – Urgent** **Cherche Psychiatre** enfants adultes pour remplacement (cause santé) au 10.12.04 - ☎ 06 92 68 24 90

### IMPORTANTÉ ASSOCIATION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL Région Poitou-Charentes (800 salariés – 19 Établissements)

#### RECHERCHE

pour son Institut Médico-Éducatif « Les Réaux » à Aytré (17)

#### UN MÉDECIN PSYCHIATRE (H/F)

CCN mars 79 – Poste à pourvoir au 1<sup>er</sup> avril 2005 – CDI à 0,33 ETP  
Possibilités de temps complémentaires sur d'autres établissements et services de l'Association

#### Missions :

*Sous l'autorité du directeur de l'établissement et dans le respect du projet associatif et du projet d'établissement, vous aurez à :*

- ☞ Assurer la responsabilité des soins aux personnes accueillies, de la conduite et de l'animation de l'équipe thérapeutique,
- ☞ Garantir l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des prises en charge de soins dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- ☞ Évaluer et définir les soins psychiatriques nécessaires à chaque usager,
- ☞ Apporter en équipe de direction un soutien technique et représenter l'institution dans les réseaux spécialisés,
- ☞ Soutenir et conforter le projet d'établissement dans sa dimension soins.

#### Profil :

- ☞ Diplômé médecin spécialiste qualifié en psychiatrie, vous disposez d'expériences institutionnelles similaires,
- ☞ Connaissance des publics avec handicap mental et troubles associés,
- ☞ Intérêt pour le travail en équipe pluridisciplinaire.

#### Qualités :

Capacités à travailler en équipe, sens de l'écoute et du dialogue, esprit de décision. Analyse et synthèse, rigueur, sens des responsabilités. Volonté de s'investir dans la mission. Excellent relationnel.

**Adresser lettre de motivation manuscrite, curriculum vitae complet avec photo et indication adresse e-mail à M. le Président de l'ADEI, 8 bd du Commandant Charcot, BP 106 – 17443 AYTRÉ CEDEX avant le 15 décembre 2004 (délai de rigueur).**

(réf. 1797)



**LE CENTRE HOSPITALIER  
SPÉCIALISÉ  
Saint-Jean-de-Dieu - DINAN (22)**

**RECHERCHE**

**SON 4<sup>e</sup> PSYCHIATRE**

pour le site de SAINT-BRIEUC

**Statuts : P.H.**

ou PAC (CDD)

ou Assistant Spécialiste (CDD)

**Renseignements d'ordre médical :**

Dr ALOUI ☎ 02 96 77 27 17

**Adresser candidature et CV**

à M. le Directeur

Centre Hospitalier

St-Jean-de-Dieu

BP 55 - 22101 DINAN

☎ 02 96 87 18 10

(réf. 1798)

**L'ASSOCIATION HOSPITALIÈRE  
DE BRETAGNE**

CÔTES-D'ARMOR (22)

Établissement privé

Participant au Service Public Hospitalier

**RECHERCHE**

**PSYCHIATRES TEMPS PLEIN**

☞ Pour intersecteur de psychiatrie  
infanto-juvénile

☞ Pour secteurs « Adultes »

CCN 51 - Possibilité P.H. détaché

Fonction Publique

Logement de fonction (maison individuelle)

**Merci d'adresser candidature et C.V. à :**

**M. le Directeur Général de l'A.H.B.**

Centre Hospitalier

22110 PLOUGUERNEVEL

☎ 02 96 57 10 00 ☎ 02 96 36 03 24

e-mail : a.legarrec@ahbretagne.com

(réf. 1799)

**INSTITUT THÉRAPEUTIQUE  
ÉDUCATIF ET SCOLAIRE « ODYSSEE »**

LE PERRAY (78)

(proximité RAMBOUILLET)

**RECRUTE**

**UN PSYCHIATRE**

en CDI à 1/2 temps

Expérience analytique appréciée.

CC 66 - Adolescents TCC

petit internat et externat.

**Envoyer CV et lettre candidature**

à M. le Directeur

63 rue de Chartres

78612 LE PERRAY-EN-YVELINES Cedex

Ass. Gest. : Sauvegarde des Yvelines

(réf. 1800)

**CENTRE HOSPITALIER DE L'AGGLOMÉRATION MONTARGOISE**

À 110 kms au Sud de Paris par A6

**RECRUTE**

Pour son service de PSYCHIATRIE ADULTES

(unité de 15 lits d'hospitalisation libre, consultations ambulatoires)

☞ **DEUX PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN**

☞ **UN ASSISTANT SPÉCIALISTE**

**Envoyez lettre de motivation et CV : Bureau des Affaires Médicales**

658, rue des Bourgoins - 45207 AMILLY

☎ 02 38 95 90 08 - ☎ 02 38 95 90 15

(réf. 1801)

**L'ADPEP 91  
Association Départementale  
des Pupilles de l'Enseignement  
Public de l'Essonne**

**RECHERCHE**

**UN(E) PSYCHIATRE**

12 h hebdo - CC 66

CDI à pourvoir immédiatement

pour son IME situé à Massy (91)

Agrément Annexe XXIV

Déficients intellectuels

avec ou sans troubles associés

Accueillant enfants de 3 à 14 ans

**Adresser lettre de motivation et CV**

à Mme La Directrice

Institut Médico Éducatif A. Nouaille

45 rue de Vilgénis

91300 MASSY

(réf. 1802)

**ASSOCIATION METABOLE**

**RECHERCHE**

pour ses services d'aide psychosociale

**DEUX RÉGULATEURS**

Intervenant chacun sur deux équipes distinctes lors de leurs réunions cliniques (soit 1 demi-journée par semaine pour chaque régulateur), vous contribuez à l'analyse et à la compréhension des mouvements institutionnels et apportez un éclairage psychiatrique sur les situations qui vous paraissent l'exiger.

Psychiatre ou pédopsychiatre, vous êtes également psychanalyste.

Une précédente expérience de régulation d'équipe est vivement

souhaitée.

**Adresser vos candidatures à :**

**Métabole - 24, rue Léon Frot - 75011 PARIS**

(réf. 1803)

**CENTRE DE RÉADAPTATION  
PROFESSIONNELLE  
U.G.E.C.A.M.I.F.**

**RECHERCHE**

**UN(E) PSYCHIATRE**

pour vacations de 3-4 h/semaine

**Lettre de motivation + CV**

adressés à

**Mme la Directrice**

**CRP**

**5-7 rue des Noyers**

**93300 AUBERVILLIERS**

ou courriel :

**Accueil-aub@ugecamidf.fr**

(réf. 1804)



## LES CHEMINS DE LA CONNAISSANCE VOUS CONDUIRONT...

### RÉUNIONS ET COLLOQUES

#### EN FRANCE

... DÉCEMBRE 2004

à **BRON, le 1<sup>er</sup>** : Jean-Louis Griguer organise un Séminaire de psychiatrie phénoménologique, dans le cadre du DES de psychiatrie, sur la question « **Délire et hallucinations** » : **Analyse de l'expérience délirante chez Binswanger**. **Renseignements** : Jean-Louis Griguer CHS Le Valmont, domaine des Rebatières BP 16 26760 Montéleger - Tél. : 04 75 75 60 23 - Fax : 04 75 75 60 61 - e-mail : jeanlouis.griguer@wanadoo.fr

à **PARIS, le 1<sup>er</sup>** : Le Centre hospitalier Sainte-Anne organise un Séminaire de Psychogériatrie pour la région Île-de-France : **L'avance en âge des adultes ayant un délire chronique et les délires d'apparition tardive**. **Renseignements** : Centre hospitalier Sainte-Anne - Unité de soutien psychogériatrique - secteur 15 - Alexis Robin 1, rue Cabanis 75014 Paris - Tél. : 01 45 65 81 30 / Secrétariat : 01 45 65 84 49

à **ISSY-LES-MOULINEAUX, le 2** : Décision et Stratégie Santé organise une Formation : **Transferts de compétences dans les établissements de santé : concepts, enjeux et réalisations**. **Renseignements** : Décision et Stratégie Santé - Groupe Medimedia - Hélène Lassaux 21, rue Camille Desmoulins 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9 - Tél. : 01 73 28 16 13 - Fax : 01 73 28 16 11 - e-mail : helene.lassaux@medimedia.fr Site : www.decision-sante.com

à **PARIS, le 4** : 13<sup>e</sup> Journée d'étude du GIREP : **Le passage à l'acte**. **Renseignements** : GIREP 80, rue de Vaugirard 75006 Paris - Tél. : 01 42 22 75 14 - e-mail : girep@girep.com - Site : www.girep.com

à **LYON, le 4** : Le Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes organise un Colloque : **Psychanalyse en débat : clinique des passions**. **Renseignements** : Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes 25, rue Sala 69002 Lyon - Tél. : 04 78 38 78 01 - Fax : 04 78 38 78 09 - e-mail : glp.spp@wanadoo.fr

à **PARIS, les 4 et 5** : L'ALI organise un Séminaire sur la psychanalyse actuelle : **Pour une clinique lacanienne des psychoses**. **Renseignements** : ALI 25, rue de Lille 75007 Paris

à **COURBEVOIE, du 4 au 11** : Carib Congrès organise un Congrès de psychiatrie et de psychologie médicale : **Santé mentale de l'enfant et l'adolescent : le point sur les prises en charge**. **Renseignements** : Carib Congrès 45, bd Saint-Denis 92400 Courbevoie - Tél. : 01 47 88 04 22 - Fax : 01 47 89 03 24 e-mail : psychiatriles@caribcongres.com - Site : www.caribcongres.com

à **PARIS, le 6** : L'Institut Mutualiste Montsouris organise un Séminaire Babel sur **la psychanalyse, littérature et arts : Nietzsche, Prince hors la loi**. **Renseignements** : Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte - Institut Mutualiste Montsouris - Corinne Dugre 42, bd Jourdan 75014 Paris - Tél. : 01 56 61 69 19 - Fax : 01 56 61 69 18 - e-mail : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

à **PARIS, le 6** : La Psychanalyse Actuelle organise un Séminaire : **Ce toujours actuel « Malaise dans la civilisation »... de 1929, de Freud**. **Renseignements** : Jean-Jacques Moscovitz - Tél. : 01 43 25 02 11 - e-mail : jjmoscovitz@free.fr

à **PARIS, le 8** : Le Centre hospitalier Sainte-Anne organise un Séminaire de Psychogériatrie pour la région Île-de-France : **La prise en compte de la vie affective et sexuelle des personnes âgées**. **Renseignements** : Centre hospitalier Sainte-Anne - Unité de soutien psychogériatrique - secteur 15 - Alexis Robin 1, rue Cabanis 75014 Paris - Tél. : 01 45 65 81 30 Secrétariat : 01 45 65 84 49

à **PARIS, les 8 et 11** : Les Séminaires Psychanalytiques de Paris organisent une Conférence sur **les 7 concepts les plus difficiles de la psychanalyse : Le concept lacanien d'image du corps**. **Renseignements** : Monique Romezy - Tél. : 01 46 47 66 04 ou 01 42 24 83 13 - Fax : 01 46 47 60 66 - Site : www.seminaires-psy.com

à **PARIS, le 9** : La Psychanalyse Actuelle organise un Séminaire : **Les psychoses**. **Renseignements** : Bernard Martel - Tél. : 01 42 77 88 87

à **PARIS, le 10** : LEH Formations Hospitalières organise une Journée de droit médical : **Les établissements de santé et le règlement amiable des litiges résultant des soins aux patients**. **Renseignements** : Céline Durivault - LEH Formations Hospitalières 38, rue du Commandant Charcot 33000 Bordeaux Tél. : 05 57 57 08 60 - Fax : 05 57 57 08 62 - e-mail : jdm@etudes-hospitalieres.fr - Site : www.etudes-hospitalieres.fr

à **TOURCOING, les 11 et 12** : L'ALEPH organise un Colloque : **Art et psychanalyse**. **Renseignements** : Brigitte Lemonnier 41, bd Faidherbe 62000 Arras - Tél. : 03 21 55 92 33 - Fax : 01 42 38 91 32 - e-mail : blemonnier@aleph.asso.fr

à **PARIS, le 15** : Le Centre hospitalier Sainte-Anne organise un Séminaire de Psychogériatrie pour la région Île-de-France : **La personne âgée maltraitée et « le syndrome de captation affective »**. **Tutelle à la personne et soutien psychologique**. **Renseignements** : Centre hospitalier Sainte-Anne - Unité de soutien psychogériatrique - secteur 15 - Alexis Robin 1, rue Cabanis 75014 Paris - Tél. : 01 45 65 81 30 / Secrétariat : 01 45 65 84 49

à SAINT-MAURICE, le 16 : L'Association ECART organise un Séminaire sur la transmission / psychanalyse : L'impossible objet de la transmission. Renseignements : Hôp. Esquirol – Florence Reznik 57, rue du Maréchal Leclerc 94413 Saint-Maurice Cedex – Tél. : 01 43 96 62 00 – Fax : 01 43 96 60 71

à PARIS, le 17 : Enfances et Psy organise un Colloque : L'image et ses usages. Renseignements : Enfances et Psy 1, bd du Montparnasse 75006 Paris – Tél. : 01 45 66 82 87 – e-mail : enfancesetpsy@wanadoo.fr

... JANVIER 2005

à PARIS, le 3 : L'Institut Mutualiste Montsouris organise un Séminaire Babel sur la psychanalyse, littérature et arts : L'archaïque chez Brancusi et Giacometti : une mémoire en deçà des mots. Renseignements : Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte – Institut Mutualiste Montsouris – Corinne Dugre 42, bd Jourdan 75014 Paris – Tél. : 01 56 61 69 19 – Fax : 01 56 61 69 18 – e-mail : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

à PARIS, les 5 et 8 : Les Séminaires Psychanalytiques de Paris organisent une Conférence sur les 7 concepts les plus difficiles de la psychanalyse : Les 5 stades libidinaux. Renseignements : Monique Romezy – Tél. : 01 46 47 66 04 ou 01 42 24 83 13 – Fax : 01 46 47 60 66 – Site : www.seminaires-psy.com

à PARIS, le 12 : Le Centre hospitalier Sainte-Anne organise un Séminaire de Psychogériatrie pour la région Île-de-France : La contention physique des personnes âgées et les recommandations de l'ANAES. Renseignements : Centre hospitalier Sainte-Anne – Unité de soutien psychogériatrique – secteur 15 Alexis Robin 1, rue Cabanis 75014 Paris – Tél. : 01 45 65 81 30 – Secrétariat : 01 45 65 84 49

à BRON, le 12 : Jean-Louis Griguer organise un Séminaire de psychiatrie phénoménologique, dans le cadre du DES de psychiatrie, sur la question « Délire et hallucinations » : Approche phénoménologique de l'hallucination. Renseignements : Jean-Louis Griguer CHS Le Valmont, domaine des Rebatières BP 16 26760 Montéleger – Tél. : 04 75 75 60 23 – Fax : 04 75 75 60 61 – e-mail : jeanlouis.griguer@wanadoo.fr

à LYON, le 13 : Le Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes organise une Conférence sur le thème devenir sujet dans le groupe : Du conflit originare au deuil originare dans la thérapie familiale psychanalytique. Renseignements : Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes 25, rue Sala 69002 Lyon – Tél. : 04 78 38 78 01 – Fax : 04 78 38 78 09 – e-mail : glp.spp@wanadoo.fr

à MONTPELLIER, les 13 et 14 : L'AFRÉE et le CHU de Montpellier organisent les 7<sup>es</sup> Journées « Naissance et avenir » : Traumatisme et périnatalité. Renseignements : Secrétariat de l'AFRÉE – BP 64164 34092 Montpellier Cedex 5 – Tél./Fax : 04 67 33 99 12 – e-mail : afree@afree.asso.fr – Site : www.afree.asso.fr

à PARIS, les 14 et 15 : 23<sup>es</sup> Journées Nationales aux Salons de l'Aveyron : Penser la psychose : le psychotique et son environnement social. Renseignements : AFP 147, rue Saint-Martin 75003 Paris – Tél. : 01 42 71 41 11 – Fax : 01 42 71 36 60 – e-mail : psy-spfafp@wanadoo.fr – Site : www.psychiatrie-francaise.com (cf. p. 18 à 20)

à PARIS, les 15 et 16 : le CRPM organise le 7<sup>e</sup> Colloque de Médecine et Psychanalyse : Violence de l'annonce, violence du dire. Renseignements : CRPM – Secrétariat du Congrès – Elsa Lannot, 107, rue du Fbg Saint-Denis BP 120 75010 Paris – Tél./Fax : 01 53 34 90 76 – e-mail : medpsych@paris7.jussieu.fr

à PARIS, le 17 : Conférence de l'Hôtel de Lamoignon : Sommeil et rêve avec Rémy Puyvelo. Renseignements : AFP 147, rue Saint-Martin 75003 Paris – Tél. : 01 42 71 41 11 – Fax : 01 42 71 36 60 – e-mail : psy-spfafp@wanadoo.fr – Site : www.psychiatrie-francaise.com

## À L'ÉTRANGER

... JANVIER 2005

à KARACHI (Pakistan), du 28 au 30 : La Société Psychiatrique du Pakistan organise la 15<sup>e</sup> Conférence psychiatrique internationale : Expansion de santé mentale dans la santé primaire. Département de la psychiatrie – Centre médical diplômé de Jinnah – Karachi 75510 Pakistan – Tél. : 0219201300 Ext. 2346 – Fax : (92-21) 9205074 – e-mail : profdrmusarrat@hotmail.com – Site : www.ppsconference.com

## LA LETTRE

La Lettre de Psychiatrie Française  
147, rue Saint-Martin - 75003 Paris  
Tél. : 01 42 71 41 11  
Fax : 01 42 71 36 60  
e-mail : psy-spfafp@wanadoo.fr  
www.psychiatrie-francaise.com

Editeur : Association Française de Psychiatrie /  
Syndicat des Psychiatres Français (AFP / SPF)  
Tirage : 10.800 ex. – Dépôt légal : novembre 2004  
Prix au numéro : 4 €

Directeur de la publication : Jacques-David BEIGBEDER.

Rédacteur en chef : Jean-Yves COZIC.

Comité de rédaction :

Michel EISELÉ, Jean-Michel HAVET, Nicole KOEHLIN,  
Jean-Jacques KRESS, Romain LIBERMAN,  
Claude NACHIN, Jean-Pierre RUMEN, Pierre STAËL,  
Joseph TORRENTE, Christian VASSEUR.

Secrétaire de rédaction et Régie publicitaire :  
Sylvie RASPILLÈRE

Annonces :

NORSET (Organon) 2<sup>e</sup> couv.  
EFFEXOR (Wyeth Lederle) p. 20-21

Mise en pages : GRAPHIC WAY 01 58 04 90 90

Impression : SAG, Saverne



# Association Française de Psychiatrie (AFP) Syndicat des Psychiatres Français (SPF)

147, rue Saint-Martin - 75003 Paris  
Tél. : 01 42 71 41 11 - Fax : 01 42 71 36 60

Consultez notre site Internet :  
[www.psychiatrie-francaise.com](http://www.psychiatrie-francaise.com)

@ : [psy-spfafp@wanadoo.fr](mailto:psy-spfafp@wanadoo.fr)  
E-MAIL

Responsables : Docteur Pierre STAËL, Président SPF  
Docteur Christian VASSEUR, Président AFP

 **La Lettre de Psychiatrie Française**

Journal mensuel : Actualités, informations, humour

 **Psychiatrie Française**


Revue scientifique trimestrielle

 **Journées Scientifiques**

Journées d'études nationales et régionales AFP


 **Semaine d'information  
sur la Santé Mentale (SISM)**

Du 14 au 19 mars 2005

 **Annuaire des Psychiatres Français  
XV<sup>e</sup> édition (2001 - 2002)**

Les psychiatres dans tous leurs états

 Mise à jour individuelle

 Mise à jour des secteurs psychiatriques

 **Amendement Accoyer**

Les psychothérapies et la loi

## Syndicat des Psychiatres Français

 Bulletin d'adhésion

 Statuts et Règlement intérieur

 Conseillers et membres du Bureau (2004-2006)

 Actualité professionnelle

## Association Française de Psychiatrie

 Bulletin d'adhésion

 Statuts et Règlement intérieur

 Conseillers et membres du Bureau (2004-2006)

Association Franco-Polonaise de Psychiatrie