

# de Psychiatrie Française

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



## SOMMAIRE

<b>Éditorial</b>	p. 1
<b>La psychiatrie en question</b>	
- Tragédie de Pau	p. 3
- Communiqué de presse	p. 3-4
<b>AFP</b>	
- Création d'un Collège de Psychiatrie	p. 5
- Les psychothérapies et la loi	p. 5-6
<b>AFP / SPF</b>	
- Barcelone ou Paris ?	p. 6-7
<b>SPF</b>	
- Actualité professionnelle	p. 7-8
<b>Quelle gouvernance pour l'hôpital ?</b>	p. 8-10
<b>Assemblées générales AFP et SPF</b>	p. 11
<b>DOSSIER : Santé mentale et prévention</b>	p. 12-16
<b>Loi de 1990 relative à l'hospitalisation sous contrainte</b>	p. 17-18
<b>Sans Domicile Fixe et Spécialiste Des Fous</b>	p. 18-19
<b>Handicap psychique</b>	p. 19-20
<b>Courrier des lecteurs</b>	p. 20-21
- Secret médical / Secret professionnel	p. 20
- Manifestations SISM 2004	p. 21
<b>Pas de discours sans lecture</b>	p. 22
<b>Grains de sel psychiatrique</b>	p. 23
<b>Bulletin d'abonnement LLPF</b>	p. 23
<b>Petites annonces</b>	p. 24-25
<b>Chemins de la connaissance</b>	p. 26-27

### À la mémoire de

Lucette GARIOD, aide-soignante  
Chantal KLIMASZEWSKI, infirmière

*tuées le 18 décembre 2004 pendant leur service  
à l'hôpital psychiatrique de Pau.*



# De l'intérêt d'une Association Agréée

50, rue de Paradis - B.P. 102 - 75463 PARIS Cedex 10  
Tél. : 01 48 01 82 82 - Fax : 01 48 01 82 99

Le temps consacré à la pratique de votre exercice ne vous laisse pas le loisir de vous plonger dans la lecture de la littérature fiscale, toujours abondante et variée.

Aussi, vous vous demandez : à qui dois-je m'adresser pour apprendre les rudiments de la comptabilité ? À quoi ressemble une déclaration 2035 ?

Les Associations de Gestion Agréées (A.G.A.) sont là pour vous aider...

## POURQUOI ADHÉRER À UNE A.G.A. ?

### Une raison évidente : les abattements

Les Associations de Gestion Agréées sont pour vous le moyen d'obtenir des avantages financiers : des abattements sur le revenu. Ces déductions sont calquées sur celles appliquées aux revenus des salariés : elles sont de 20 % sur la fraction du bénéfice n'excédant pas 117 900 euros (revenu 2004).

### Une raison stratégique : l'initiation à la gestion

Les Associations de Gestion Agréées sont investies d'une mission d'intérêt général : elles doivent, selon les textes, "développer chez les membres des professions libérales l'usage de la comptabilité et faciliter l'accomplissement de leurs obligations administratives et fiscales". Ce but est symbolisé par deux missions :

#### • Mission de prévention

Elle s'exerce à un moment privilégié dans l'année : l'élaboration de la déclaration des revenus libéraux.

L'examen de cohérence et de vraisemblance est un contrôle approfondi qui s'opère tout au long de l'année en rapprochant les réponses au questionnaire de l'A.G.A. et les données de la déclaration.

La loi de finances pour 1990 a rajouté un troisième contrôle : celui de vérifier la concordance entre livres comptables et déclaration 2035.

#### • Mission d'assistance et de formation

Elle consiste à donner des informations aux adhérents en ce qui concerne leurs obligations fiscales et comptables ; l'élaboration des documents comptables, le classement des factures, la rédaction de la déclaration fiscale sont autant d'actes sur lesquels les adhérents réclament des éclaircissements.

## COMMENT CHOISIR SON A.G.A. ?

À cet égard, la mission pédagogique sera au centre du débat. Il faudra alors apprécier la conception que l'A.G.A. se fait de son rôle et de ses limites.

### La conception du rôle pédagogique

Il est en effet important que la mission de formation à la comptabilité soit une priorité affirmée comme telle et qu'elle soit clairement définie.

La mission pédagogique commence à... la diffusion de l'information. Il convient que l'A.G.A. se dote de moyens de communications importants et variés (courrier, téléphone, télécopie). Les supports de transmission de l'information écrite (correspondance, guides, articles...), mais aussi orale (permanences téléphoniques, réunions), doivent être conjointement utilisés.

Si la mission pédagogique commence avec la diffusion de l'information, elle s'arrête au... rôle de conseil de gestion.

L'adhérent doit pouvoir trouver un renseignement par le biais de son A.G.A.

### La qualité de la prestation

L'effectif global des adhérents et sa composition devront être connus. Il faudra, en particulier, vous assurer que votre profession est représentée. Les spécificités des professions devront être prises en compte. En revanche, il ne semble pas souhaitable que l'association soit mono-professionnelle.

## L'A.G.M.L.

Cette Association de Gestion a été créée en avril 1981 à l'initiative de membres des professions libérales, afin d'offrir à tous les professionnels libéraux les services d'une Association à vocation nationale et pluri-professionnelle, indépendante de toute obédience politique et syndicale.

Son but est de développer l'usage de la comptabilité chez les membres des professions libérales et de faciliter l'accomplissement de leurs obligations administratives et fiscales.

### L'A.G.M.L. est là pour vous aider.

- Elle vous assiste et vous conseille en mettant à votre disposition :
- des spécialistes de la fiscalité des professions libérales qui répondront aux interrogations écrites ou téléphoniques ;
  - des guides qui vous seront remis lors de votre adhésion.

Elle vous informe en vous adressant périodiquement des notices d'information, bulletins d'information explicitant l'actualité juridique et fiscale concernant les professions libérales.

Elle organise, en outre, régulièrement à votre intention des réunions d'adhérents portant sur des thèmes divers.

### Formalités :

- Adhésion dans les trois premiers mois du début d'activité ou avant le 31 mars en cours d'activité.
- Opter pour le régime de la déclaration contrôlée.
- Tenir un livre de recettes au jour le jour sans blanc, ni rature, ni surcharge, avec identité des clients (H.T., T.V.A., T.T.C.).
- Répondre aux questions de l'Association de gestion agréée concernant l'établissement de la déclaration fiscale.



ASSOCIATION DE GESTION  
POUR LES PROFESSIONS  
MÉDICALES ET LIBÉRALES

50, rue de Paradis  
B.P. 102 - 75463 PARIS Cedex 10  
Tél. : 01 48 01 82 82 - Fax : 01 48 01 82 99

ADHÉREZ À L'A.G.M.L.  
dans les 3 mois du début d'activité  
ou avant le 31 mars 2005

### Volet à retourner à A.G.M.L.

M., Mme : .....

Adresse (ou cachet) : .....

Tél. : .....

Fax : .....

demande l'envoi d'un dossier en vue d'adhérer à l'A.G.M.L.  
(Attention : le retour de ce volet-réponse ne vaut pas adhésion).

## LA PSYCHIATRIE EN QUESTION

### TRAGÉDIE DE PAU

La tuerie de l'hôpital de Pau incite plus au silence du deuil qu'au commentaire et à l'analyse.

**Jean-Pierre RUMEN** J'éprouve un grand chagrin car cela aurait pu être le sort de l'un de ces infirmiers qui m'ont appris une part de mon métier et qui furent parfois plus que des collègues, des camarades.

On aura tout dit sur le dénuement de nos services, sur les campagnes de dénigrement, sur la destruction délibérée des formations spécifiques, des acquis techniques de la psychothérapie institutionnelle, l'effacement de notre histoire.

Mais on n'a pas dit l'absence de pensée directrice. Depuis Esquirol, on sait pourtant que, pour être efficace, le traitement en institution doit être « entre les mains d'un praticien habile ». Or, ceux-ci ont été systématiquement écartés de toute possibilité de décision. On en a fait, de façon déterminée, des « prestataires de service » marginalisés et dévalorisés dans la vie quotidienne, au bénéfice d'une administration soucieuse de transformer les lieux hospitaliers (...!) en entreprise.

Nous sommes à bord d'un bateau désarmé, et c'est dorénavant l'armateur qui commande la manœuvre avec ses

subrécargues et leur livre de comptes sans savoir quoi que ce soit du vent, de la destination, du cap ni des passagers ; il convoque sans cesse le commandant, et la dunette est vide. L'école des mousses a été fermée et les matelots ambitionnent d'être gratte-papier galonnés. Il n'y a plus d'enseigne et les rares qui y sont parvenus n'avaient pas forcément le goût de la mer et ont été jugés sur leur aptitude au calcul.

L'Amirauté, quant à elle, prend ses avis auprès de gens dont elle est sûre qu'ils diront ce qu'elle pense.

Alors les hommes désertent, tombent à la mer et la flibuste envahit un bâtiment ballotté par les vents mauvais.

Et l'Amirauté ne trouve alors rien de mieux que de faire appel à l'ennemi de toujours du matelot : le soldat !

Retrouvera-t-on jamais des équipages qui manœuvrent, des commandants qui sachent les traditions maritimes, l'art de naviguer, possèdent les qualités morales indispensables et sachent transmettre ?

Dans cinquante ans, si on vire lof pour lof, et tout de suite !

**J.-P. R.**

**L'événement tragique du meurtre de Pau est écrasant, il nous accable tous.**

**Aux familles, aux proches, aux collègues du travail,  
nous présentons notre silence respectueux, très ému.**

### COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 20.12.04

Le Syndicat des Psychiatres Français (SPF), seul organisme à représenter toutes les pratiques de la discipline, et l'Association Française de Psychiatrie (AFP) ont pris connaissance avec horreur des faits intervenus à l'hôpital de Pau. Ils dénoncent avec force une nouvelle fois la diminution programmée des moyens dévolus à la psychiatrie dans toutes ses composantes, qu'elles soient hospitalières, médico-sociales et libérales, tant en terme de moyens de soins qu'en personnels médical et infirmier, socio-éducatif et d'accompagnement. Cette évolution ne peut aboutir qu'à une détérioration désastreuse de la qualité des prises en charge médicales et à une mise en danger des patients, des personnels soignants et de la population. Les soins psychiatriques demandent des moyens incontournables, du temps, de la disponibilité et des personnels qualifiés et motivés.

Le drame survenu à l'hôpital de Pau prend place dans une tragédie série. Le Syndicat des Psychiatres Français (SPF) partage l'émotion et la préoccupation des personnels et de leurs familles. Il n'est pas de notre compétence de nous prononcer sur l'origine exacte de ce drame, mais nous estimons

devoir rappeler combien la psychiatrie est en souffrance. Par ce communiqué, nous entendons porter à la connaissance de la population ce que nous essayons de faire comprendre aux politiques depuis près de vingt ans. L'arrêt de la fermeture des lits ne suffit bien évidemment pas. Bien des structures

alternatives manquent encore, mais c'est surtout en accordant les ratios de personnel indispensable que l'on retrouvera des soins de qualité.

La psychiatrie est aujourd'hui en grande difficulté : alors que la demande de soins explose, l'offre se rétrécit et la qualité des prestations est gravement compromise. Tout un chacun peut, de nos jours, constater que l'environnement social ne favorise guère le bien-être tandis que, depuis quelques années, la crainte d'aller consulter un psychiatre s'est nettement atténuée. Or, il est devenu tout à fait courant de se heurter à des listes d'attente allant de plusieurs semaines à quelques mois, pour une consultation en cabinet libéral ou en C.M.P.<sup>(1)</sup>, et de quelques mois à un an pour un rendez-vous en C.M.P.P.<sup>(2)</sup>.

Les perspectives démographiques sont catastrophiques : le *numerus clausus* a causé des ravages, et il faut s'attendre à une diminution de plus de 40 % du nombre des psychiatres dans les dix ans à venir. Déjà, de nombreux postes ne sont plus pourvus, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur médico-social associatif. En effet, les démissions et les départs à la retraite ne sont pas remplacés et des établissements entiers, notamment pour adultes, tournent sans médecin.

En outre, le blocage des salaires dans le secteur salarié associatif et des honoraires en libéral, s'acharnant sur celle des disciplines médicales qui est la plus mal rétribuée, décourage les vocations. La désorganisation de l'hôpital public par la pénurie de personnel, notamment infirmier, à quoi s'ajoute la quadrature du cercle due aux 35 heures, fait le reste.

La désorganisation de l'hôpital public est notamment due aux graves problèmes démographiques rencontrés tant dans le domaine médical (avec des centaines de postes vacants et certains secteurs sans psychiatres ou presque) que paramédical (et nous rappelons ici la disparition de la formation d'infirmier de secteur psychiatrique). Il s'agit là d'une situation prévisible sur laquelle nous avons tenté d'attirer l'attention des ministres successifs depuis vingt ans. À ceci, il faut encore ajouter l'enlisement de l'hôpital public dans des procédures administratives de plus en plus fastidieuses. Il est d'ailleurs étrange de voir les services de tutelle multiplier les enquêtes de qualité et autres actes d'accréditation qui s'intéressent bien plus à la forme qu'au fond.

Concernant les psychiatres libéraux, le tableau est tout aussi péjoratif, tant sur le plan démographique que qualitatif, la discipline se situant au dernier rang des revenus de l'ensemble des médecins français. Outre la baisse inéluctable du nombre des praticiens dans l'avenir, des délais d'attente

pour un premier rendez-vous souvent supérieurs à 3 mois, des prises en charge spécialisées pour des patients déprimés (qui peuvent souvent attendre 9 ans par rapport à l'apparition des premiers symptômes), le projet de la nouvelle convention avec l'Assurance Maladie, dont les psychiatres attendaient beaucoup, vient institutionnaliser, par la marginalisation de la discipline, l'absence de considération du temps d'écoute nécessaire à une prise en charge de qualité (acte moyen de 30 minutes), alors même que l'Assurance-Maladie prétend faire de la diminution du volume de prescription des psychotropes une de ses priorités.

Comme dans les autres secteurs, les psychiatres libéraux n'ont pas pu faire entendre, encore récemment, aux gestionnaires la nécessaire rémunération, pour une pratique de qualité, de la disponibilité des praticiens.

Comme si cela ne suffisait pas, la pression administrative pour tout mesurer, évaluer, réduire, s'accroît au point de prendre de plus en plus de temps sur le travail des soignants et les empêcher ainsi de penser dans une discipline où rien n'est mécanique ni catégorisable. Des normes venues d'outre-Atlantique, purement symptomatiques et ignorantes des ressorts de l'humain, remplacent la compréhension du sujet souffrant par une chimiothérapie envahissante, prônée même chez l'enfant, et achèvent d'imposer aux psychiatres des pratiques qu'ils ne cautionnent pas.

Enfin, pour couronner le tout et arguant du fait que la profession elle-même a réclamé, dès 1970, la fermeture progressive des asiles et le remplacement de la psychiatrie concentrationnaire d'exclusion par des unités de proximité dans la cité, à la disposition de tous (politique de secteur), l'Administration a fermé en dix ans plus de 55 000 lits d'hospitalisation, sans remplacement équivalent par des services appropriés, si bien que de très nombreux malades sans prise en charge errent dans la rue, les gares, sont jetés en prison et que l'on est obligé de « faire une place » à l'aide d'une H.D.T.<sup>(3)</sup> pour les hospitalisations d'urgence.

On peut donc légitimement se demander avec inquiétude par qui et où sera demain prise en charge la souffrance psychique, alors même que la France disposait il y a encore peu de temps d'une structure de soins polymorphe jalouée par l'ensemble des démocraties avancées.

(1) Consultation Médico-Psychologique de Secteur.

(2) Consultation Médico-Psycho-Pédagogique associative.

(3) Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

## ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

### CRÉATION D'UN COLLÈGE DE PSYCHIATRIE

#### ÉCOLE PRATIQUE POUR L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

**Yannick CANN**

Le Collège de Psychiatrie s'est réuni le 5 novembre 2004, lors d'une assemblée constituante, à l'hôpital Henry-Ey à Paris, en présence de nombreux psychiatres de différentes orientations et de diverses régions. Il a été fondé à l'initiative de ses cinq cofondateurs : Docteur Yannick Cann, Docteur Jean Garrabé, Docteur Claude Jeangirard, Docteur Charles Melman, Professeur Michel Patris.

Le Professeur Georges Lanteri-Laura, disparu l'été dernier, a contribué également, dès le début, à son élaboration.

Ce Collège répond à des constats préoccupants quant à une certaine orientation de la psychiatrie actuelle. Au moment où la psychopathologie est déterminée à partir des effets médicamenteux, où la maladie mentale peut être réduite à un déficit ou à un dysfonctionnement cérébral, ou bien encore rapportée à une classification symptomatique, il est important de contribuer à promouvoir un espace de recherche clinique en psychiatrie, fondé sur les études traditionnelles d'observation au cours des entretiens, et d'en assurer la transmission.

Une des perspectives de ce Collège est ainsi la création et la mise en œuvre d'une recherche et d'une formation dans le champ de la psychiatrie clinique, notamment dans les domaines de son histoire, de son épistémologie et de la réflexion théorique en psychopathologie.

Le Collège de Psychiatrie situe cette perspective dans l'insistance et la réactualisation des grands concepts de la sémiologie et de la nosologie classiques, tout en prenant en compte les découvertes scientifiques récentes. Son enseignement se placera, à chaque fois que possible, en lien avec l'enseignement universitaire.

Les personnes intéressées par cette démarche pourront prendre contact avec :

- Y. Cann Tél. : 02 98 44 57 82  
Fax : 02 98 44 22 89  
e-mail : y.cann1@tiscali.fr
- P. Coret Tél. : 03 88 61 47 48  
Fax : 03 88 45 08 61  
e-mail : drcoret@noos.fr

Y. C.

### LES PSYCHOTHÉRAPIES ET LA LOI

#### SUITE DU IV<sup>e</sup> ACTE

**Christian VASSEUR**

Les rédacteurs des décrets d'application vont-ils entendre l'explicité des débats au Sénat (Annick Feugère-Engel et moi-même leur avons rappelé le 2 décembre au Ministère de la Santé) à Paris et non à Barcelone (cf. article d'Annick Feugère-Engel, p. 6 de ce même numéro) ?

Pour les participants de la Commission mixte paritaire, l'exigence d'une formation à la psychopathologie clinique théorique et pratique (pour tous) a été la garantie suffisante pour la protection du public (cf. LLPF n° 137, p. 7-8). Encore aurait-il fallu que les décrets d'application précisent qu'il s'agit d'un enseignement universitaire et hospitalier et dans des services accrédités. La psychopathologie est le domaine spatial et temporel des expressions de la santé mentale, psychosomatique et somatique des personnalités. Elle est le lieu de la présence des troubles psychiques dans l'émergence des faits psychopathologiques, au carrefour des faits psychiques et des faits psychiatriques (M. de Boucaud). De plus, si, par psychopathologie, il faut entendre toutes les théories qui concourent

à la compréhension du fonctionnement psychique, la place réservée aux théories de la relation, et de ce qui s'y transfère, devra y être majeure. Beaucoup d'enseignants pensent que la formation de tout psychothérapeute devrait se fonder sur un temps accompagné d'observation des inter-relations des nourrissons et des enfants. Certains, comme à la Tavistock Clinic, en ont fait une base de formation.

Alors, nous souhaitons que les rédacteurs des décrets d'application comprennent qu'une formation à la psychopathologie implique, et la connaissance des signes, symptômes et syndromes par lesquels s'exprime la souffrance psychique du bébé au vieillard, et la formation à la compréhension des processus sous-jacents qui les sous-tendent aux fins de leur mobilisation psychothérapeutique.

À ce vœu, nous associons l'espoir qu'ils aient la sagesse d'abandonner un système de relation binaire avec les professionnels et qu'ils acceptent de n'être que les représentants de la loi. Le cadre et le contenu du soin psychothérapeutique sont de la compétence des plus qualifiés qui ont et auront

toujours à maintenir ouverts des espaces de médiation, de réflexion éthique. C'est une des raisons qui a conduit le Ministre, J.-F. Mattéi, à retirer cet amendement du Code de la Santé.

Espérons aussi que les pouvoirs publics laisseront les professionnels d'un collège scientifique supérieur à créer, définir contenus et enseignements. Mais, pour l'instant, l'article 52 n'est qu'une loi du Code Civil sur l'usage du titre de psychothérapeute, et non sur un statut ni sur le contenu spécifique d'une pratique.

Pour l'instant !

En effet, sa présence dans l'appareil législatif français va obliger à un travail d'élaboration de création de formations responsables, c'est-à-dire capables de rendre compte de leur pratique à un tiers observateur.

Le récent rapport de l'Inserm sur les résultats comparés des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies psychanalytiques a montré, par le manque de rigueur scientifique de la méthodologie utilisée, la nécessité que le tiers observateur le soit à qualité de tiers.

En psychanalyse, par exemple, nous savons que toute exigence première de résultat, de pré-supposé savoir la concernant et de carcan formaliste, fonctionnent comme des résistances. C'est dans sa permanente capacité à remettre en jeu et en travail de sens tout ce qui s'y passe, jusqu'à interroger la nature même de son processus, que la psychanalyse tient son efficacité à modifier l'appareil psychique. Aucun des deux protagonistes ne peut être évaluateur ; quant au tiers institutionnel, en même temps qu'il est référence, il est une inévitable et une inépuisable source de questions et de progrès ; condition même de sa vitalité.

Cela se nomme la rigueur scientifique.

Alors nous aurons à utiliser les mots des autres, pouvoirs publics, socius ; sans céder sur les nôtres.

C'est le défi de l'avenir du soin psychothérapeutique psychanalytique et, par là-même, de l'avenir d'une psychiatrie qui reste, par sa mise en profondeur des stratégies de soin, la seule alternative au bric-à-brac plusieurs fois millénaire des solutions perverses à la souffrance psychique.

C. V.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS

## BARCELONE OU PARIS ?

Annick FEUGÈRE-ENGEL

Comment défendre les valeurs éthiques de la psychiatrie, la qualification de notre exercice, la reconnaissance de son degré d'expertise ?

Comment essayer d'obtenir une revalorisation tarifaire qui puisse tenir compte de ces valeurs, avec des possibilités d'évolution au sein du grand chantier de la nouvelle convention médicale, de la CCAM Clinique, tributaire de la nouvelle loi sur la Sécurité Sociale du 13.08.04, ainsi que celle de l'article 52 sur le titre de psychothérapeute ?

**Le SPF et l'AFP ont résolument choisi : être à Paris !**

- Paris et la DGS au Ministère de la Santé,
- Paris et les Députés du Palais Bourbon,
- Paris et les Sénateurs,
- Paris et le Conseil National de l'Ordre des Médecins,
- Paris et la CNAM, le Pôle Nomenclature, les négociations conventionnelles (CSMF, UMESPE et la FMF).

Sans relâche, nous avons monté des dossiers, rencontré tous nos partenaires, adressé des courriers, participé à des commissions, et le combat est rude.

Oui, c'est un combat, et il y a de nombreux adversaires : les mouvements sectaires, la démagogie ambiante, le politiquement correct, les conflits de pouvoir, la désinformation et nous-mêmes.

**Oui, nous-mêmes**, car si nous avons obtenu des avancées, et pas des moindres :

- le pré-requis (AFP-SPF),
- le maintien de l'accès direct aux psychiatres, et non son intégration au champ spécifique (accès libre) sans dépassement tarifaire,
- le changement de méthodologie pour la CCAM Clinique en association avec les autres spécialités au sein de l'UMESPE-CSMF,
- la commission de psychiatrie (UMESPE, CSMF, SML, FMF) pour les négociations conventionnelles,

**nous devons cependant affronter** notre propre déception devant les contraintes économiques, politiques, éviter l'écueil du *moi* idéal qui peut resurgir à tout moment, savoir garder le cap de l'idéal du *moi*, garant de créativité et de changement, et non d'égarement et de suicide, car la déception est notre quotidien.

Je vous cite deux variations parmi d'autres sur la déception de Henri Sztulman (psychanalyste) :

- « la déception est la rencontre vraie de la castration »,
- « la déception est le moment incertain et fragile, mais fondateur, où peut se transcender l'échec. En cela, elle est la condition de la réussite, de la recherche, du renouveau, la condition de son dépassement ».

Actuellement, chaque jour, nous devons l'affronter et mener notre réflexion, notre recherche.

Des fondamentaux sont en place :

- le pré-requis à la formation à la psychopathologie théorique et clinique pour toute personne demandant à bénéficier du titre de psychothérapeute,
- l'accès direct au psychiatre en dehors des protocoles de soins coordonnés (il y a aussi un accès en soins coordonnés).

Mais la place de ces fondamentaux est fragile, et nous devons chaque jour continuer d'apporter notre réflexion,

notre travail, notre recherche à nos partenaires et continuer à leur démontrer la nécessité de la reconnaissance et la prise en compte :

- de la valeur de la psyché de l'homme, de sa souffrance et la nécessité de reconnaître les qualités humaines indispensables, ainsi que la haute qualification de ceux qui ont choisi d'être dans le champ de ce soin.

**Oui, nous avons à faire à Paris, et nous avons encore et encore plus à faire...**

#### A. F.-E.

PS : À l'heure où LLPF est diffusée, les événements allant très vite, l'un de ces fondamentaux est fortement remis en cause : l'accès direct.

Les psychiatres sont pour l'instant dans le champ spécifique; la négociation d'un avenant avant le 1<sup>er</sup> mars 2005 peut laisser espérer de retrouver plus de liberté. L'Assemblée Générale Extraordinaire de janvier 2005 en décidera.

## SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS

### ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Annick FEUGÈRE-ENGEL  
François KAMMERER  
Claude MANDRY  
Pierre STAËL

**A) CONVENTION POUR LA MÉDECINE LIBÉRALE** : résumé succinct.

► Un protocole d'accord ayant vocation à constituer le fondement du futur texte conventionnel (convention unique regroupant généralistes et spécialistes) a été signé le 15 décembre par 3 syndicats sur 5 (CSMF/UMESPE, SML et Alliance), la FMF et MG-France ayant refusé de parapher ce texte. Il comprend :

- une architecture de parcours de soins et de coordination assez compliquée,
- des revalorisations tarifaires nettement en-deçà de ce qui était espéré et surtout une iniquité flagrante et inacceptable de traitement entre la psychiatrie et les autres spécialités,
- des points qui restent à préciser, notamment quant à la spécificité essentiellement thérapeutique de notre pratique,
- et enfin « les conditions dans lesquelles certains soins pourront donner lieu à un accès spécifique », sachant que ceci est une demande forte de l'UNCAM (et du SNPP).

► L'organisation des soins repose sur deux volets :

- Le **PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS**, par adressage par le médecin traitant,

- **L'ACCÈS NON COORDONNÉ**, qui reste toujours possible (c'est-à-dire l'accès direct).

#### 1. Parcours de soins et coordination

Il repose sur le « médecin traitant », le plus souvent un généraliste, et sur le « médecin correspondant », en principe un spécialiste, de secteur 1 à tarifs opposables. Pour ce dernier (*et pour nous, psychiatres*) :

Il s'engage à tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant « de ses constatations et des éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins ».

Il bénéficie alors d'une « majoration pour soins coordonnés » (MCS).

#### Deux situations :

- **Médecin traitant vers médecin consultant pour demande d'avis ponctuel** : c'est un rôle de **consultant**. À ce titre, « il ne donne pas de soins continus à ce patient et doit laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions ». Le patient ne doit pas avoir été vu pendant les 6 mois précédents (*tout cela devra être précisé pour nous*). Honoraires : 2,5 C, soit 50 € (y compris pour les CES et les secteurs 2). Entrée en application pas claire : 1<sup>er</sup> mars ou 1<sup>er</sup> juillet 2005.
- **Médecin traitant vers médecin correspondant pour soins itératifs** : ces soins sont pratiqués selon, soit « un

plan de soins prédéfini » ou un protocole affection longue durée. Honoraires : CPSY (34,30) + MPC (2,70) + MCS (2,70) = 39,70 €. Date d'application pour le 1<sup>er</sup> mars 2005.

**Une particularité, l'accès spécifique :** pour deux spécialités (gynécologie et ophtalmologie) et pour des actes précisés (soins de première intention), les médecins peuvent être consultés sans consultation préalable du médecin traitant, tout en restant dans le parcours de soins et rémunérés comme tels (mais sans possibilité de dépassements d'honoraires). L'UNCAM souhaiterait que l'ensemble de la pratique psychiatrique en fasse partie, ce que le SPF a totalement rejeté lors de la rencontre avec Frédéric van Rookeghem (Directeur de la CNAMTS et de l'UNCAM), le 8 décembre. Ce point important doit être rediscuté avant le 1<sup>er</sup> mars.

**D'autres points :**

- **Option de coordination pour les médecins de secteur 2 :** engagement de pratiquer au moins 30 % de tarifs opposables, moyennant une prise en charge des cotisations sur ce quota dans les mêmes conditions que le secteur 1 (mais limitation des dépassements d'honoraires à 15 % du tarif opposable, soit à 45,6 €).
- **Valorisation de la MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans :** + 2 € pour toutes les spécialités (donc MPC pour psy ou pédo-psy = 2,70 + 2 = 4,70 €).

Les conditions du D.E. restent inchangées et applicables comme telles.

**2. L'accès non coordonné (accès direct)**

« Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements » :

Plafonnés à hauteur de 17,5 % pour chaque acte clinique effectué, arrondi à l'euro supérieur, soit 39,70 + 6,95 = 46,6 €, soit 47 €\* !

De plus, le médecin devra respecter un ratio d'honoraires sans dépassements égal ou supérieur à 70 % !

**SECTEUR 2,** rien de changé avec :

- Base de prise en charge Assurance maladie : sans changement, soit CNPSY = 34,30 €, ce qui annonce sa mort programmée à terme (tarif inchangé depuis plus de 10 ans).
- Option de coordination possible (voir plus haut).
- Bénéficie du tarif opposable de consultant.

**DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL** et **CCAM Clinique** seront élaborés et mis en place en leur temps.

**B) INIQUITÉ DE REVALORISATION POUR LES PSYCHIATRES**

Cela est inacceptable et a été entériné malgré les promesses de M. van Rookeghem et doit être renégocié avant mars 2005. Illustration :

- L'acte de consultant : + 73,9 % pour les autres spécialistes, + 45 % pour les psychiatres !
- Honoraires coordonnés : + 17,39 % pour les autres spécialistes, + 15,7 % pour les psychiatres.

**A. F.-E.  
F. K.  
C. M.  
P. S.**

\* sous réserve de précisions ultérieures.

**QUELLE GOUVERNANCE POUR L'HÔPITAL ?**

Nicole GARRET-GLOANEC

La gouvernance est un terme à double sens, post-moderne et néolibéral, apparu dans les années 80 et venant des États-Unis. Notre Président de la République l'a repris et l'applique dans les différents ministères. Ce concept se déploie à l'intérieur des institutions suivant des enveloppements successifs de textes, de papiers et d'agents pour le mettre en place.

La gouvernance est au gouvernement ce que les médecines douces sont à la médecine hospitalière. Le principe est celui de la délégation, de la participation et de la décision par zone. Il s'oppose au centralisme, à la lourdeur hiérarchique et administrative (avant sa transformation par les arcades du pouvoir

français). Il repose sur la contractualisation et non sur des règlements rigides.

Dans la gouvernance, l'exécutif gouvernemental est pris dans un système plus global, constitué par les partenaires que sont les associations, la société civile, les intérêts privés. La gouvernance est de la décennie Internet : gouvernance – réseau – partenariat. L'ordre hiérarchique du gouvernement cède le pas à un système de partenariat régi par le contrat, d'un système de direction à un système de régulation, d'un système centralisé à un système décentralisé.

Le jeu social se déroule autour d'acteurs autonomes, mais dépendants, qui ne se réfèrent pas uniquement au pouvoir ou à l'autorité de l'État. Le terme est séduisant, il remet en ques-



tion le pouvoir central aveugle pour laisser place aux interactions contractuelles des acteurs en place. Le pouvoir s'exerce en douceur par capillarité.

Les organismes internationaux se sont emparés de ce terme et, à leur tête, les institutions de Washington chargées de l'aide au développement et de la régulation financière : la Banque Mondiale, le Fond Monétaire International (FMI)<sup>(1)</sup>. Se libérer du joug des lois de l'État, soutenir la liberté sont des idées issues de la conception américaine de la République contrairement au principe d'égalité, conception française à laquelle l'Europe adhérerait jusqu'alors ; la libre concurrence face à la solidarité. La « gouvernance » telle qu'elle est appliquée par ces institutions est aidée par la déréglementation (atténuation de l'impact des lois de l'État) au profit de la régulation faite pour libérer la force des acteurs privés (régulation des marchés, concurrence, création de valeurs).

Les institutions unilatérales de Washington exercent leur influence à travers le respect des principes de la « bonne gouvernance ». La signature des gouvernements demandeurs d'une lettre d'intention fixe le programme économique (les exigences étant les suivantes : régime politique stable, cadre réglementaire transparent sans législation spécifique pour les investissements étrangers, administration efficiente qui répond sans délai, libéralisation des activités économiques avec réforme de la législation et de la réglementation). La lettre d'intention contient la vérification d'une législation du travail flexible au maximum et d'un programme de privatisation. « La corporate governance est une stratégie financière dans sa rationalité ultime »<sup>(1)</sup>, elle recommande de couper au maximum dans les actifs du groupe pour ne garder que ceux qui offrent la rentabilité la plus forte et qui constituent le cœur du métier.

De façon paradoxale (au regard de ce qui se déroule en France pour les hôpitaux), la gouvernance serait la disparition d'une hiérarchie lourde, d'une réglementation contraignante et l'ouverture sur une libéralisation des échanges grâce à une flexibilité des professionnels devenus contractuels. La réduction de la réglementation oblige à une régulation qui viendrait d'instances et d'agences en charge d'évaluer la performance, la formation, la professionnalisation des acteurs. Les agences de qualité et celles productrices de normes se créent et prennent un pouvoir de régulation à la place (dans le système libéral de la gouvernance) de la réglementation. L'exemple d'actualité se situe dans la création de la **Haute Autorité de Santé (HAS)** sous la responsabilité directe de la Sécurité Sociale, perdant son caractère multipartite et listant les actes admis en médecine, les médicaments remboursés, à quel taux, les protocoles à respecter qui autoriseront le remboursement du traitement. Ce procédé fait basculer tout ce qui n'est pas retenu du côté du système assurantiel ou de la dépense privée. L'État se désengage afin de ne plus porter le poids de dépenses qu'il ne maîtrise plus et qui sont du registre de l'aide sociale. La HAS est l'autorité qui évaluera les pratiques professionnelles à partir des standards élaborés, suivant sa propre méthodologie, par les sociétés scientifiques et qu'elle aura validés (les standards) selon encore sa propre méthodologie (conférences de consensus, recommandations de bonnes pratiques...).

Il ne s'agit donc plus de lois et de règlements nationaux émanant des instances étatiques mais de normes ou de codes de conduites produits par des organismes techniques de régulation puisant leurs références dans celles déjà écrites et dominantes du monde anglo-saxon (référentiels, évaluations des pratiques professionnelles : EPP, manuel d'accréditation V2, PMSI ou VAP, etc.)

Ce système de gouvernance, dans son esprit, aurait plu à Max Weber et à Michel Foucault, car il pourrait être régi par une souplesse rationnelle du pouvoir et des organisations plutôt que par un pouvoir central et une obéissance hiérarchique<sup>(2)</sup>. Celui-ci a cependant été détourné à deux reprises.

La première par les institutions de Washington et le libre échange de la mondialisation, la deuxième par la machine administrative française qui fait cumuler toutes les erreurs au système hospitalier.

- La première ne fonde plus ses valeurs sur l'État et la personne mais sur la valeur ajoutée, dont le principe premier est financier (investissements directs, mouvements des capitaux, création de valeur ROE (« *return on equity* ») ou rendement des capitaux investis). La rapidité, la mobilité, la flexibilité y sont les qualités essentielles. Elles reposent sur la notion de liberté qui sous-entend une régulation équitable et naturelle des phénomènes, alors que la notion d'égalité oblige à légiférer et impose une solidarité. La solidarité s'occupe des personnes, des salaires, des allocations ; la valeur ajoutée se réfère aux finances, investissements et organismes qui les détiennent (fonds de pension, etc.).
- La seconde reprend ces concepts mais les réécrit à la française, c'est-à-dire en les entourant de bureaucratie rebaptisée « management ». Celui-ci dicte les applications de la gouvernance dont les modalités deviennent des méandres insondables, des systèmes qui s'empilent et qui met les producteurs (de soins !) sous le joug des spécialistes de la paperasserie. L'hôpital passe d'une logique d'administration à une logique de management et d'un système budgétaire à un système financier illustré par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de la T2A.

La construction de la gouvernance est pourtant logique, elle se déroule en plusieurs étapes dont certaines nous échappent avec, paradoxalement, notre entière participation. Si cette évolution peut apparaître inéluctable, nous avons aussi des choix possibles pour certains domaines comme celui de la santé. Ne pas le penser, ne pas l'exiger seraient renoncer à nos principes professionnels, éthiques, sociaux et culturels qui peuvent, nous semble-t-il, contrebalancer les principes économiques. De plus, l'application d'un modèle détourné, qui garde faussement les atours de la participation et de la

<sup>(1)</sup> MICHALET (C.-A.) : *Qu'est-ce que la mondialisation ?* La Découverte, Poche.

<sup>(2)</sup> MICHAUD (Y.) : *La Gouvernance. Mythologies d'aujourd'hui : Notre époque est façonnée par des mythes*, Hors série, Le Nouvel Observateur.

décision au plus bas de l'échelle pour une meilleure efficacité, qui ne dit pas entièrement sa logique économique et qui cache soigneusement sa logique administrative, devrait engager les professionnels soignants dans une contestation légitime et les usagers dans une exigence de clarté indispensable. La question de la répartition des profits est occultée par le plan des déficits actuels. Cette question existe néanmoins car les profits ne sont pas que financiers. Ils se déclinent aussi en pouvoir, promotion, emplois et finances à venir (voir le système nord-américain qui, malgré un déficit, génère des bénéfices pour l'industrie pharmaceutique et les assurances privées).

Les étapes :

- Le progrès des nouvelles technologies de l'information, de la communication et l'urbanisation provoquent une volatilité des objets, une disparition de l'étanchéité des territoires au profit d'une montée en force des réseaux face aux institutions.
  - L'hôpital – institution – n'est plus adapté. Le CHS, même sans ses murs, fait figure de monument classé, il est bon pour la vente de ses terrains.
- La société s'organise sur le modèle de la technologie des communications. Réseau – partenariat – communautés – lobbies ou groupes de pression – société civile – groupes privés.
  - Eclatement de l'institution – exigence de mise en réseau et de partenariat – multiplication des conventions. Pas de projet en psychiatrie sans signature conjointe d'une association d'usagers pour prouver notre adaptation au monde post-moderne et obtenir le billet d'entrée.
- Réduction de la place de l'État et de la réglementation nationale dans les systèmes d'échanges. L'État se pose la question de son équilibre budgétaire et des domaines qu'il préserve sous son autorité. La logique économique domine.
  - Budget non fixe, soumis au principe de valeur ajoutée, financement de l'hôpital à trouver, multiplication des financeurs (publics et privés), tarification à l'activité. Pas de budget pérenne, seulement des budgets pour des projets innovants ou parcellaires avec recherche du complément auprès des politiques à coup de médiatisation.
- Subsidiarité et mise dans une dynamique de rendement.
  - Gouvernance avec participation, intéressement et recrutement local, EPP pour choisir le bon médecin suivant les critères de sécurité et le profil de poste.
- La souplesse, la flexibilité et l'entrée dans la logique purement économique nécessitent que les professionnels les plus inducteurs de dépenses et de bénéfices deviennent des contractuels et qu'ils assument la responsabilité du rendement.
  - Disparition des statuts, contractualisation, salaires variables négociés sur la logique économique et justifiés par l'EPP, au détriment de la formation médicale continue (FMC).
- Place de la régulation indispensable pour contrebalancer le désengagement de l'État.
  - Création d'agences de tous ordres et, en particulier, d'évaluation des pratiques professionnelles (Haute Autorité de Santé).
- Tout ceci appliqué par le Ministère de la Santé et la Fédération Hospitalière de France (FHF) conduit à la mise en place d'un double système d'une gouvernance d'inspiration néo-libérale mais contrôlée par l'administration qui impose sa filière hiérarchique à tout le dispositif.
  - Comité exécutif à l'hôpital, hiérarchie soignante sous forme bureaucratique à travers les responsables médicaux et les directeurs des soins. Transformation des systèmes de régulation en production bureaucratique. Renforcement de la lourdeur de l'ensemble, explosion de la culture du management (projet de soin des directeurs de soins, technostructure qui prolifère et qui se présente sous la forme d'une déclinaison « folle » du manuel d'accréditation, le critère étant l'entrée dans un tableau « Excel » dont la structure est confondue avec une procédure scientifique et dont le maniement est amalgamé avec une compétence soignante certifiée par l'École Nationale de la Santé Publique).

Nous assistons à un effet paradoxal de la transformation d'une procédure néo-libérale ayant pour principe premier l'allégement des tâches et la suppression des étapes inutiles en une aggravation du système pourtant reconnu comme particulièrement lourd et immobile. Sous le prétexte d'une participation médicale à la gestion, c'est la gestion qui annexe les soignants. Le médecin est le producteur de base à grand risque de délinquance ou d'incompétence, ne travaillant jamais suffisamment et toujours mal. Sa promotion est administrative, et il ne sera vraiment bon que lorsqu'il sera devenu « médecin directeur », ou évaluateur ou missionnaire, bientôt *coach*. Pour un médecin, il faut beaucoup de contremaîtres tant le risque de dérive est grand. Je n'oserai évoquer le statut des infirmiers qui peuvent s'en sortir par le nombre et leur représentativité.

Nous sommes persuadés qu'il est possible de choisir une orientation profondément différente de renforcement de la professionnalisation soignante aux dépens de la logique gestionnaire, d'allégement du système bureaucratique au service des « producteurs » de soins, d'une réduction (et non superposition) des réglementations, d'une non-transformation du système de qualité en système protocolaire administratif et du maintien d'un principe public avec des missions préservées dans le domaine de la santé. La médecine hospitalière est en état de mal asthmatique, étouffée par bureaucratie. Elle ne pourra pas le reconnaître tant que le pays sera dirigé par des bureaucrates et, en particulier, au Ministère de la Santé.

**N. G.-G.**

Secrétaire Général du Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie (CASP)

**Vous êtes invités à participer (ou à vous faire représenter)**

**à l'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE  
de l'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE**

**à l'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE  
du SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS**

**qui se tiendra le SAMEDI 19 MARS 2005,**

au CENTRE WALLONIE BRUXELLES (à 100 mètres de notre siège social) :

46, rue Quincampoix, 75004 Paris

**Cet avis tient lieu de convocation.**

**ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, DE 10 h 00 À 11 h 30**

**Ordre du jour :**

1. **Présentation du Rapport Moral** : discussion, vote (le rapport moral sera publié dans le prochain numéro de *LLPF*).
2. **Présentation du Rapport Financier** : discussion, vote. Cotisation 2005.
3. **Débat ouvert sur :**
  - Politique scientifique de l'AFP : options.
  - Politique FMC : finalités, stratégie et tactique.
4. **Questions diverses.**

**POUVOIR**

(chaque membre présent ne peut être porteur de plus de cinq pouvoirs - art. 18 des statuts)

Le docteur ..... Ville : .....  
(à jour de sa cotisation 2004 ou 2005)

**DONNE POUVOIR** pour le représenter à l'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE de l'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE du 19 mars 2005

au docteur ..... Ville : .....  
(à jour de sa cotisation 2004 ou 2005).

Fait à ..... le ..... Signature du mandant

**SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS, DE 14 h 00 À 17 h 00**

**Ordre du jour :**

1. **Présentation du Rapport Moral** : discussion, vote (le rapport moral sera publié dans le prochain numéro de *LLPF*).
2. **Présentation du Rapport Financier** : discussion, vote. Cotisation 2005.
3. **Actualité professionnelle de l'ensemble de la psychiatrie.**
4. **Questions diverses.**

**Le Bureau**

**POUVOIR**

(chaque membre présent ne peut être porteur de plus de cinq pouvoirs (art. 18 des statuts))

Le docteur ..... Ville : .....  
(à jour de sa cotisation 2004 ou 2005)

**DONNE POUVOIR** pour le représenter à l'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS du 19 mars 2005

au docteur ..... Ville : .....  
(à jour de sa cotisation 2004 ou 2005).

Fait à ..... le ..... Signature du mandant

## SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION

### SEMAINE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ MENTALE



## HISTORIQUE

### DEPUIS 1990

#### 7 jours...

C'est la durée de la SISM.

#### 250 manifestations...

Chaque année, plus de deux cent-cinquante manifestations se sont déroulées sur l'ensemble du territoire : conférences, réunions-débats, visites de centres, journées portes ouvertes, projections de films, expositions...

#### 600 professionnels...

Chaque année, plusieurs centaines d'intervenants ont informé, exposé, expliqué, répondu aux questions : médecins généralistes, psychiatres, psychanalystes, psychologues, avocats, magistrats, infirmiers, travailleurs sociaux, familles, membres des associations, usagers...

#### 15 000 à 20 000 personnes...

Chaque année, de 15 000 à 20 000 personnes ont ainsi pu s'informer sur la Santé mentale.

D'année en année, la participation et l'intérêt du public et des professionnels pour la SISM se confirment et se développent.

### QUINZE ANS D'HISTOIRE POUR UNE SEMAINE

La Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) est une manifestation ouverte qui requiert la participation de onze organismes-partenaires (cf. p. 13). On doit sa création et son lancement à une Association de psychiatres : l'Association Française de Psychiatrie (AFP).

#### Flash-back...

**1990 :** Lancement par l'Association Française de Psychiatrie de la première Semaine d'Information sur la Santé Mentale : « *En parler tôt pour en parler à temps* ».

**1991 :** Le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) entre au comité d'organisation.

**1992 :** « Ouverture » de la SISM avec la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine (FASM) et l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM).

**1993 :** Nouveaux partenaires : la Société Médicale BALINT, l'Association Scientifique Française des Psychiatres de Service Public (AFPP). Le slogan : « *En parler tôt pour en parler à temps* » est définitivement adopté.

**1994 :** Les actions de la SISM se multiplient et se diversifient.

**1995 :** Si le slogan de la SISM reste le même, chaque édition se dote désormais de son propre thème. Cette année-là : « *En dépendre ou en parler ?* »

**1996 :** Nouveaux partenaires : 3614 Handitel, La Ligue Française pour la Santé Mentale (LFSM). Le thème : « *De la déprime à la dépression* ».

**1997 :** Nouveau partenaire : la Fondation Santé des Étudiants de France. Le thème : « *Solitude et souffrance psychique* ».

**1998 :** Redéfinition de cinq objectifs (cf. p. 13). Le thème : « *Inquiétude, Anxiété, Angoisse* ».

**1999 :** Un événement : réunion-débat au Ministère dans le cadre des États généraux de la Santé. Nouveau partenaire : le Centre National Audiovisuel en Santé Mentale (CNASM). Le thème : « *Et si on parlait calmement de la violence ?* ».

**2000 :** Proposition d'une action « clés en mains », avec la projection d'une brève vidéo : « *Regards de la rue sur la santé mentale* », suivie d'un débat. Le thème : « *Solitude, Souffrance, Identité* ».

**2001 :** La Fédération Nationale des Associations de Patients et ex-Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy) entre au comité d'organisation.

**2002 :** Le Centre Collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) entre au comité d'organisation. Le thème : « *Le prix de la santé mentale* ».

**2003 :** La Fédération Mutualiste Parisienne (FMP) entre au comité d'organisation. Le thème : « *Santé mentale et travail* ».

**2004 :** Maintien des partenaires. Thème d'actualité : « *Droit et santé mentale* ».

**2005 :** Maintien des partenaires. Thème d'actualité : « *Santé mentale et prévention* ».

## 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.

## VOICI VENU LE TEMPS DE LA PRÉVENTION

**Simon-Daniel  
KIPMAN**

C'est un faux paradoxe que d'affirmer que le temps de la prévention est venu, en psychiatrie comme ailleurs, dans un moment où les travailleurs de santé mentale se trouvent dans des situations difficiles, de plus en plus difficiles. La démographie déclinante qui laisse des vides dramatiques parmi les soignants ; la réduction des moyens matériels, l'augmentation des demandes (comme en psychiatrie de l'adolescent ou dans le domaine social) et des besoins (avec la meilleure

prise en compte des symptômes, la baisse de tolérance à ceux-ci, les champs nouveaux qui s'ouvrent comme la psychiatrie des sujets âgés), le contrôle croissant des activités (où, sous prétexte d'économies, la gestion tatillonne administrative et juridique envahit la pratique), l'augmentation des rendements qui va avec et qui conduit à une taylorisation des conduites diagnostiques et thérapeutiques, donc à une perte de liberté et une augmentation de la pression... Je pourrais continuer ainsi cette plainte argumentée mais, bref, tout cela conduit inéluctablement à une réévalua-

tion de la place de la prévention (et de la santé mentale) dans nos professions.

De plus en plus, on s'aperçoit que les progrès médicaux conduisent non seulement à l'émergence de maladies nouvelles ou jusque-là ignorées, mais que l'efficacité des soins (le soulagement) alliée à l'inefficacité relative des traitements (la guérison) ouvrent des grandes perspectives aux divers modes de prévention. Je m'explique. Les maladies sont de plus en plus des maladies au long cours, les soins et traitements s'allongent d'année en année, la

ligne entre handicap fixé et maladie chronique s'estompe. Le SID devient une maladie de longue durée quand on dispose des médicaments nécessaires. Les schizophrènes, désormais désasiliés, prennent des médicaments pratiquement toute leur vie, sans espoir de guérison mais d'enkystement, d'amélioration, de cicatrisation. Les conditions pour des psychothérapies adaptées, qui elles-mêmes durent très longtemps, ne sont pas souvent réunies, les handicaps mentaux doivent tenir compte des maladies intercurrentes et du vieillissement de ceux qui les portent (ou les supportent).

Dans le même temps, on peut se rendre compte que les approches médicamenteuses sont de plus en plus complexes et douteuses,

que les psychothérapies réclament du temps et de la formation dont les personnels, insuffisants, manquent cruellement.

Alors que la prévention, si elle coûte peu, fait faire des économies à terme. Bien sûr, ce sont des économies potentielles, qui n'apparaissent pas dans le bilan comptable.

Alors que les préventions permettent une connaissance clinique plus fine, en amont, des troubles majeurs.

Alors que la prévention évite des situations compliquées où se jouent des influences médicales, sociales, affectives dont on ne sort pas facilement.

Cette réflexion sur la place de la prévention, et concomitamment sur la place

de la prévention dans les soucis de santé publique, de santé mentale, est liée de près à la SISM, dont la vocation première est de faire connaître et de diffuser ces préoccupations. C'est d'ailleurs dans le même esprit que j'ai été amené à créer une collection d'ouvrages de santé mentale.

Si le temps de la prévention ou des préventions est venu, c'est le commencement d'un long chemin, parfois ardu, où la clinique et la pratique vont profondément se renouveler. Il n'est pas étonnant alors que nous trouvions sur notre route, en plus des divers obstacles que je signalais plus haut, les conservateurs de tous bords.

**S.-D. K.**

## PRÉVENIR, OUI, MAIS COMMENT ?

**D**epuis bien longtemps, la « prévention » est inscrite dans les tâches du secteur public de psychiatrie. Depuis bien longtemps, se succèdent des initiatives en tout genre pour qu'elle se concrétise, depuis bien longtemps... Avec peu de résultats.

Le mot a pris valeur incantatoire et se doit de figurer dans tous les rapports, tous les discours sur la Psychiatrie et la Santé mentale.

Mais de quelle prévention s'agit-il ? À l'évidence (peut-être !), il s'agit de la prévention primaire, celle qui a pour but de déceler toutes causes pouvant entraîner des troubles psychiques, a fortiori des maladies mentales, et prévenir leur éventuelle apparition. Il me semble en effet que les autres types de prévention (secondaire et tertiaire) sont intimement mêlées à la conduite des soins proprement dits, et donc difficilement isolables.

D'où viennent ces difficultés de réalisation ? Peut-être ne sommes-nous pas suffisamment convaincus ? Peut-être pensons-nous que cette « prétention » a quelque chose d'utopique ; à moins de se concevoir en « big brother », tout ne sera pas décelable, il y aura toujours un manque, une perte, une inconnue, qu'il s'agisse du collectif ou de l'individuel, et c'est peut-être mieux ainsi, si l'on veut

éviter ces ratissages dans l'absolu, en fin de compte liberticides.

Peut-être y a-t-il, dans le corps même du mot, un nouage de contraires (aller au-devant – refuser ce qui peut advenir). Peut-être la méthodologie utilisée, en référence aux modèles physiques, n'est-elle pas la bonne ? Etc., etc.

Comment approcher ce problème de façon renouvelée, afin d'aboutir à une prévention qui ne soit pas qu'un mot ?

Il n'y a évidemment pas de prévention sans INFORMATION. C'est d'ailleurs sur le mode informatif qu'ont eu lieu les efforts précédents, mais ceux-ci portaient essentiellement sur « l'insanité et ses avatars », produit d'un discours et d'un savoir spécialisé, visant à démythifier la psychiatrie, malades et thérapeutes réunis. On enseignait la « chose » psychiatrique et, autant en emporte le vent, les représentations collectives de la folie ne bougeaient pas d'un iota...

L'exemple des États généraux de la Santé (1998), dans sa partie « Psychiatrie et santé mentale », a laissé entrevoir une méthodologie nouvelle. Pour qu'une information grand public passe, il faut qu'elle puisse être « corporellement intégrée » si l'on peut dire, qu'elle « touche » le récepteur et que celui-ci se trouve investi d'un certain pouvoir sur ce que l'info véhicule. Les citoyens jurés des États

généraux, citoyens lambda, sans connaissance particulière en psychiatrie, ont montré clairement leur capacité à saisir l'essentiel et à juger du système de soin...

D'autre part, pour essayer d'approcher une prévention suffisamment pertinente, il paraît nécessaire de distinguer des champs d'action qui, bien que se recoupant, marquent une différence et mobilisent d'autres agents. Dans notre domaine, cela revient à distinguer Santé Mentale ET Psychiatrie. Cette distinction opératoire gagne peu à peu du terrain, malgré des résistances dues à ce glissement sémantique solidement institué, qui fait qu'en croyant parler de Santé Mentale, on parle toujours de Psychiatrie.

Il est vrai que le terme Santé Mentale reste flou si on reste au niveau de l'individu, sa place et sa fonction sont **d'interroger l'ensemble de la Société** de manière collective.

Se préoccuper de Santé Mentale, c'est s'intéresser au collectif, à l'environnement santé, cela s'intègre dans une dynamique de santé publique où, bien évidemment, les psychiatres ne sont plus les seuls acteurs.

Se préoccuper de psychiatrie, c'est avant tout soigner des individus, même si ce soin doit se prolonger par des aménagements sociaux et donc intéresser le collectif.

Ceci dit de façon un peu sommaire, mais ce n'est pas le lieu d'en poursuivre la démonstration.

Dans cette distinction, la prévention primaire spécifique s'intègre totalement dans l'action Santé Mentale et non plus uniquement dans le champ psychiatrique ; elle peut s'allier avec d'autres types de prévention (il doit y avoir en effet un « esprit », une recherche quant à la prévention, qui ne s'épuise pas dans une prévention particulière...). Elle n'a de chance d'exister que si elle implique un large partenariat avec les acteurs de santé publique. Jusqu'à il y a peu, celle-ci ignorait quasi totalement la Santé Mentale qu'elle réservait à la psychiatrie, s'amputant ainsi d'un point de vue qui n'aurait pu qu'enrichir les domaines classiques qui sont les siens.

Une loi récente a donné à la santé publique la place qu'elle doit avoir. Reste à y intégrer la Santé Mentale dans une réflexion commune. La diversité de ses actions intéresse tous les citoyens, et leur abord, en y intégrant un point de vue « psy », ne peut que sensibiliser ceux-ci à une approche plus spécifique.

Il n'est peut-être pas utile de souligner une fois de plus les progrès considérables faits en prévention dans le domaine de l'enfance, et qui pourraient servir de modèle. Ils sont dus certes aux équipes de pédopsychiatrie, mais aussi à un partenariat élargi s'appuyant sur une incontestable avancée culturelle. A été mis en place, entre autre, ce que j'appellerais un « regard en amont du sujet » qui me paraît être un élément essentiel de la prévention...

Avec ce bémol, c'est qu'il faut cent fois sur le métier remettre son ouvrage...

Enfin, un dernier point sur l'utilisation des termes « souffrance psychique » qui enrichit, comme l'aurait dit M. Foucault, le « jardin des espèces » et qui, en fin de compte, dans son imprécision, irait dans le sens d'une relative banalisation de la chose psychique, comme le fut en son temps le terme dépression... Mais il faut avoir quelque méfiance car, comme le dit Alain Ehrenberg, il place au centre de la vie sociale la subjectivité de chaque individu, qui devient alors une question collective !

**B. J.**

## LES PSYCHIATRES ET LE CONCEPT DE PRÉVENTION

**R**ien n'est plus étonnant pour moi que d'observer depuis cinquante ans un phénomène stable et spécifiquement français : **l'indifférence de la grande majorité des praticiens de cette spécialité par rapport aux pratiques de prévention primaire, alors que tous savent combien notre société est pathogène. Bien entendu, une petite minorité continue son action depuis toujours, comme la LFSM<sup>(1)</sup> ou l'Association de santé mentale du 5<sup>e</sup> arrondissement de Paris, par exemple.**

Leurs arguments sont bien connus : « *Que voulez-vous... on ne va pas changer la société, vous connaissez la réponse de Freud à une mère qui lui demandait des conseils éducatifs "De toute façon, Madame, vous ferez mal", nous avons à nous occuper des malades, pas des bien-portants, dans tous les cas, ce sont des problèmes éducatifs, sociaux, économiques, d'organisation du travail, politiques... qui ne nous concernent pas, ce n'est pas notre rôle et nous n'avons déjà pas assez de temps à consacrer à nos malades* »..., etc.

Mais, pourquoi cette prévention s'est-elle développée au Québec ou dans les pays nordiques par exemple, avec la participation active de nos collègues et de toute la société ? Quand on sait que, entre la naissance et la mort, 22 % de la population

est atteint d'une maladie mentale invalidante, alors que « seulement » 5 % de la même population aura un cancer, on saisit l'écart d'intérêt des décideurs pour ces deux grandes classes d'affections.

Evidemment, le cancer tue plus, mais chacun de nous connaît le drame permanent de nos malades et de leur famille.

Evidemment, une bonne prévention ne diminuera pas l'incidence de malades atteints de schizophrénie ou de manico-dépressive (stable depuis plus de cent ans en France) alors que celle des névroses croît de manière importante.

Une rapide enquête auprès de quelques confrères généralistes révèle que le pourcentage des demandes de leurs patients, relevant en réalité d'une souffrance psychologique, est de 30 %, corroborant l'étude de l'OMS, effectuée il y a une dizaine d'années.

La LFSM s'est toujours inscrite dans une démarche de prévention : que ce soit le soutien psychologique aux cadres demandeurs d'emploi, aux personnes victimes de harcèlement ou de stress au travail ou la médiation familiale, l'aide psychologique post-traumatique, la consultation d'aide aux femmes victimes de violences sexuelles et familiales, ou bien encore, la consultation ambulatoire pour familles en difficulté mise en place

à Beauvais, tout cela procède de la prévention.

« Un travail sur la santé mentale de la population nécessite que son champ soit très précisément défini, qu'il soit circonscrit dans un lieu déterminé. Il a une visée pragmatique dans un axe de prévention se différenciant ainsi des discours idéologiques – le bonheur, le bien-être. Une mission de prévention ne peut se développer que dans un cadre régional ou local où les forces nécessaires à son développement seront réunies » (*Santé Mentale : un objectif de santé publique* (extraits), D<sup>rs</sup> Jolivet et Leroy).

Pour conclure : « soyons réalistes et exigeons l'impossible... » ; en effet, la diminution – alarmante – du nombre de psychiatres va contraindre ceux-ci à se pencher sur cette nécessité absolue (si l'on veut tenter d'ajuster le nombre de malades pouvant être pris en charge à celui des soignants) en misant sur l'utopie d'une société ayant un peu moins peur et montrant une santé mentale un peu meilleure.

À ce moment, le « rituel » de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale finira par « embrayer » sur la société.

**C. L.**

*Président d'honneur de la Ligue Française pour la Santé Mentale (LFSM)*

<sup>(1)</sup> Ligue Française pour la Santé Mentale.

## PRÉVENTION DE LA DÉMARCHE IATROGÈNE CHEZ LES SOIGNANTS

**Marie-Anne PUEL**

La souffrance psychique. Est-elle normale? Est-elle pathologique? Faut-il la prévenir? Peut-on la prévenir? Et si on doit la prévenir, comment et qui aurait ce rôle? La famille, les voisins, les professionnels? Et dans quel but?

D'un certain point de vue, la souffrance psychique est un mal nécessaire à la survie, à la créativité, au progrès ou, plutôt, à la progression de l'individu, à son accomplissement. Il faudrait alors la considérer comme arme contre une léthargie qui deviendrait alors nocive, paralysante, abrutissante. Souffrir serait grandir, et la souffrance deviendrait non seulement inévitable mais à ne surtout pas éviter... Les grands artistes ne sont-ils pas tous « souffrants »? La souffrance psychique n'était-elle pas érigée en mode européenne naguère (le romantisme, puis le *spleen*)? N'est-elle pas culturelle dans certains pays (exprimée à travers le fado, ou le tango...)?

Mais voilà, tous les postiers tourmentés ne s'appellent Verlaine, ni les sourds grognons Beethoven, ni les aveugles coléreux Monet, ni les homosexuels Cocteau ou Shakespeare, ni... les médecins Céline ou Dostoïevsky... Bref, il y a pour les génies une sorte de « récompense », certes plus ou moins immédiate, à souffrir. Et du reste, avant la reconnaissance de leurs contemporains, est-il sûr que les « futurs » génies devaient souffrir autant pour créer ce qui les a rendu célèbres?

Nos postiers tourmentés à nous, soignants médecins ou non, nos sourds, aveugles, chômeurs, harcelés, dépendants, etc., même s'ils « peignent », chantonnent ou gribouillent, n'ont aucune promesse d'éternité, de reconnaissance de gloire. Ils s'appellent Françoise Dupont, Michel Durand et Jean-Marie Dumontier, ou Mohamed Boukri ou Fatoumata Diakate.

Ils viennent nous voir, nous soignants, pour les masser, pour les piquer, pour les

toucher, parfois pour les écouter... les secourir, parfois on ne sait pas pourquoi... S'ils se confient aux voisins, aux amis ou aux proches familiaux, ils le font probablement d'une autre manière et c'est aussi une autre « manière » d'aide qu'ils reçoivent. Mais de notre conduite professionnelle, de nos paroles, de nos gestes, de nos décisions découle leur « avenir » ou leur « devenir », si ce n'est dans le champ de leur vie, mais en tout cas dans celui de la maladie.

Ils viennent nous voir avec une idée en tête, qu'ils en aient conscience ou pas. Ils viennent NOUS voir, nous, et pas d'autres, à ce moment-là et pas à un autre, avec un motif ou un mot de passe, avec une ou plusieurs demandes affichées, et avec une ou plusieurs demandes camouflées. Un motif peut en cacher un autre, et ce qui est dangereux pour les trains l'est aussi dans le face-à-face avec un soignant.

Pourquoi dangereux? Parce que si nous sommes infirmières, kinés, médecins, des soignants de premier recours (« *primary care* ») nous sommes aussi parfois ceux du dernier recours. Mais que devient une souffrance psychique méconnue, quand elle était donnée à voir ou à re-connaître par définition, puisqu'« apportée » jusqu'à nous par le patient?

Il me semble que les situations, dans lesquelles nous aurions à répondre que le mal-être en question est inéluctable et bénéfique, sont assez rares. Mais probablement que la réponse est soignant-dépendant, comme on dit qu'un examen ou un acte chirurgical est « opérateur-dépendant ». Passe encore pour les douleurs arthrosiques que nous prononçons des phrases comme « faudrait faire avec... » mais justement, ceux qui viennent nous voir ne peuvent pas faire avec, car, bien évidemment, ceux qui « font avec » font « sans nous », et on ne les voit pas ou plus.

En revanche, deux autres types de situations sont fréquents :

- Les situations où les patients viennent d'emblée avec un vocabulaire du

registre psychique (ils pleurent, sont énervés, insomniaques, désespérés, délirants, « pétant les plombs », « craquant », etc.). Soignant et soigné parlent clair, sur la même longueur d'onde. Et pour un médecin, cette démarche ne l'empêche pas de doser la glycémie, de prendre la pression artérielle ou de palper la thyroïde ou le ventre.

- Les situations où les patients ne décollent pas du terrain somatique (céphalées de tension, spasmophilie, fibromyalgie, ...), et tout l'art du soignant est alors d'essayer au fil du temps de changer de registre, d'effectuer un glissement de terrain en quelque sorte. Et c'est là que l'approche balintienne vient à notre secours. Michael Balint nous fait particulièrement bien comprendre que, dès la première rencontre, le risque d'organiser la maladie du patient – non malade à l'origine – est très grand si l'on n'y prend garde. La plupart des patients viennent nous voir au stade « inorganisé de la maladie », pour une souffrance psychique plus ou moins latente, plus ou moins insupportable. Prévenir l'organisation iatrogène d'un état de maladie, chez un être dont on aurait reconnu la souffrance psychique, pourrait être l'unique objet de la rencontre soignant-soigné.

Enfin, il paraît aussi incontournable d'évoquer ici la souffrance psychique des soignants qui mérite, elle aussi, d'être reconnue et prévenue et, pour commencer, parlée et échangée, par exemple (pourquoi pas?), dans un groupe Balint.

**M.-A. P.**

Société Médicale Balint  
136, avenue de Flandre – 75019 Paris  
mapuel@wanadoo.fr  
Tél. : 01 42 02 60 55



## LOI DE 1990, RELATIVE À L'HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE

Véronique GRAMOND

Dans le cadre de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale 2004, fut débattue à la Mutualité la question de savoir si la loi de 1990, relative à l'hospitalisation sous contrainte, constitue un facteur de progrès dans la prise en charge des patients.

La loi de 1990, désormais codifiée sous les articles L. 3211-1 et suivants du Code de la Santé publique, a remanié le régime de l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie.

Cette réforme étant née dans un contexte d'oppositions parfois caricaturales – défense des libertés contre qualité des soins, juridisme contre bienveillance –, il ne pouvait en résulter que la vague déception qui accompagne la naissance d'un texte de compromis.

Il est difficile, quinze ans plus tard, de discerner ce qui, dans l'évolution des pratiques hospitalières, tient de la Loi, du changement des mentalités ou des conditions économiques. Le nombre des hospitalisations sous contrainte s'est accru, mais, en revanche, la durée des séjours a diminué. Effet de libéralisation ? Conséquence directe de la fermeture de 15 000 lits d'hospitalisation en psychiatrie entre 1995 et 2001<sup>(1)</sup> ?

L'esprit de la Loi de 1838 a été conservé mais, au-delà de quelques aménagements lexicaux, le mérite de la réforme a certainement été de poser à nouveau la question du consentement.

La contrainte hospitalière est destinée à opérer dès lors que le patient se trouve dans l'incapacité de consentir à une hospitalisation pourtant nécessaire, soit qu'une surveillance médicale constante s'impose, soit que les manifestations de la pathologie présentent un danger pour les tiers. La loi fait de ce sujet réputé sans parole un sujet de droits. Il doit être informé, dans une langue qu'il comprend, des mesures administratives prises à son encontre, être mis en mesure de les contester, de demander son élargissement, saisir diverses instances, y compris judiciaires, qui ont à charge de veiller au respect des libertés publiques.

Mais la contrainte agit à d'autres niveaux. L'établissement hospitalier désigné par l'arrêté d'hospitalisation d'office *est tenu* de recevoir le patient ; le praticien *doit*, à échéances régulières, rédiger divers certificats justifiant du maintien de l'hospitalisation ou de l'élargissement. Il doit enfin et surtout faire en sorte d'instaurer, dans ce contexte atypique, une relation thérapeutique dont ne peuvent être abstraites ni sa propre fonction sécuritaire, ni la nécessaire recherche d'un assentiment aux soins.

**Sujet de droits, le patient sous contrainte est entouré de la sollicitude des juristes.** La contrainte hospitalière, souvent perçue comme la manifestation d'un échec médical, est strictement encadrée par la loi. Les décisions administratives doivent être motivées et se fonder sur des certificats circonstanciés attestant de la nécessité strictement médicale de la privation de

liberté. Ainsi le rappelle la recommandation R. 83-2 du Conseil de l'Europe : « *les difficultés d'adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques ou autres, ne doivent pas être considérées, en elles-mêmes, comme un trouble mental* ». Les procédures administratives doivent être respectées à la lettre et le juge de la détention et des libertés peut intervenir à tout moment pour y mettre fin.

L'accent mis sur la préservation de la liberté individuelle entretient une certaine confusion entre contention et détention et comporte le risque d'une dérive formaliste de nature à gommer la priorité sanitaire. Un exemple : la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers se justifie quand les troubles rendent impossibles le consentement à l'hospitalisation d'un malade dont l'état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Qui sera ce tiers ? Le Conseil d'État, dans un arrêt de décembre 2003, a jugé qu'il devrait justifier, sinon d'un lien de parenté, à tout le moins de relations antérieures à la demande, lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du malade. Tel n'est pas le cas d'un assistant social ou de l'infirmier général de l'hôpital général où le patient agité a été conduit ou s'est rendu de lui-même. Ainsi, le patient isolé sera laissé à l'abandon<sup>(2)</sup>... sauf à ce que sa dangerosité amène une hospitalisation d'office. Tout aussi contradictoire, l'impossibilité faite au juge d'ordonner une sortie à l'essai, cependant encouragée par la loi<sup>(3)</sup> comme outil de réinsertion. Logique du tout ou rien qui confine à l'absurde.

### Comme objet de soins, il embarrasse.

En effet, depuis la loi bioéthique de 1994, aucune atteinte ne peut être portée au corps humain sans nécessité thérapeutique, ce qui va de soi, et sans le consentement préalablement éclairé du patient<sup>(4)</sup>. C'est le contrat de soin qui justifie l'intervention du médecin, non plus la bienveillance médicale, si bien que « si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou la famille, ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté »<sup>(5)</sup>. D'où l'obligation étendue d'information<sup>(6)</sup>, le droit pour le patient de retirer

(1) Le Livre Blanc des experts du Conseil de l'Europe rappelait en janvier 2000 que la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux requiert que des moyens financiers suffisants soient mis en œuvre aux échelons étatiques et dénonçait, à ce sujet, une discrimination négative faite à ces malades.

(2) Le rapport d'évaluation de la Loi de 1990 répertorie la difficulté de « trouver des tiers » pour les patients isolés comme un obstacle aux droits des malades.

(3) Article L. 3211-10 du Code de la Santé publique.

(4) Article 16 du Code Civil.

(5) Article L. 1111-4 du Code de la Santé publique.

(6) Notons toutefois que dans un arrêt du 23 mai 2000, la Cour de Cassation a admis qu'un praticien n'avait pas commis de faute en limitant l'information quant au diagnostic d'un patient manico-dépressif.

un consentement préalablement donné. La problématique de la non-assistance à personne en danger est en bouleversée, de même la déontologie médicale puisque, désormais, le médecin doit s'efforcer de convaincre le patient de la nécessité médicale et le prévenir des conséquences de son refus ; il ne peut imposer des soins, sauf limite extrême et danger de mort.

Le psychiatre serait-il le dernier médecin à pouvoir passer outre le refus de soins ? Certes, est envisagée par la loi l'hospitalisation de personnes « dont l'état impose des soins immédiats » (HDT<sup>(7)</sup>) ou « dont les troubles mentaux nécessitent des soins » (HO<sup>(8)</sup>), mais une fois l'hospitalisation réalisée, la question demeure et le patient a le droit d'être traité dans les *mêmes conditions déontologiques* et scientifiques que tout autre malade. Faute de réponse distincte de la loi à la question de la contrainte de soins, c'est du côté de la déontologie qu'il faut chercher un guide.

Le comité consultatif national d'éthique apporte des éléments de réflexion<sup>(9)</sup> « chez les patients atteints d'états délirants agressifs, la question du consentement reste problématique ; il est même utopique d'imaginer que la validité du consentement demandé, libre et éclairé, soit réelle en cas de troubles graves du jugement ; pourtant, tout doit être fait pour obtenir l'assentiment du patient... Le consentement du malade mental aux soins qu'on lui propose est tout à fait souhaitable et on insistera si besoin pour l'obtenir ; mais lorsqu'il s'y refuse, le médecin et l'entourage familial doivent dans certains cas passer outre ; la loi de 1990 permet dans certains cas de passer outre au consentement du

patient, tant pour réaliser l'admission en milieu hospitalier que pour appliquer le traitement ; mais, lorsqu'il s'agit de troubles névrotiques ou de déséquilibre affectif même spectaculaires, mais n'altérant pas la personnalité et laissant au sujet la possibilité d'un jugement raisonnable, aucun soin ne peut être donné sans son assentiment. ».

Ainsi, l'examen de chaque cas particulier doit commander la solution appropriée. En d'autres termes, la contrainte d'hospitalisation ne s'étend pas nécessairement à la contrainte de soins et la loi ne fixe en l'état aucun dispositif général permettant d'arbitrer le refus de soin du malade.

J'emprunterai donc au docteur Bernard Lachaux<sup>(10)</sup> la conclusion : « *l'ultime garantie opérante que l'on puisse assurer au patient est celle d'un souci d'éthique et de déontologie qui, certes, s'étaye sur les lois et les règles, mais ne se confond pas avec elles et apporte une valeur ajoutée.* »

## V. G.

<sup>(7)</sup> Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

<sup>(8)</sup> Hospitalisation d'Office.

<sup>(9)</sup> Avis n° 72 du 25 avril 2002 relatif à la neurochirurgie fonctionnelle d'affections psychiatriques sévères.

<sup>(10)</sup> Psychiatrie Française : « 2001, le médecin encore plus responsable mais pourtant... toujours aussi coupable ».

# SANS DOMICILE FIXE et SPÉCIALISTE DES FOUS : UNE RENCONTRE D'UN NOUVEAU TYPE ?

Jean MAISONDIEU

Depuis quelques décennies, le sigle S.D.F. tend à remplacer le terme de clochard pour désigner l'individu qui erre dans les rues à la recherche d'un abri. Il mendie car il est pauvre. Et il demande volontiers à l'alcool de l'aider à supporter sa condition de « Sans-Place », car il veut oublier qu'il manque de tout et qu'il a honte de ne pas savoir où se mettre et de dégoûter les autres. Mais, « plein », « rond » ou « bourré » afin d'être assez « gonflé » pour imposer sa présence sur les trottoirs, il indispose encore davantage, et l'alcool le tue plus qu'il ne lui sauve la mise.

Être clochard était un état. Être sans domicile fixe est une situation. Ce changement a fait du S.D.F. la figure emblématique de l'aliénation sociale, au lieu de le laisser à son rôle traditionnel de pauvre hère à l'esprit plus ou moins dérangé ; on pourrait donc se demander si les psychiatres devraient le rencontrer.

Ils le doivent, car cet aliéné social est aussi un aliéné mental dans la mesure où, exclu de l'humanité en même temps qu'il est exclu des échanges économiques, il est voué à la situation folle de celui qui, pris en abjection parce qu'il fait horreur, est renié comme semblable dans un déni de fraternité, en même

temps qu'il est réduit à sa différence de S.D.F. De ce fait, il apparaît comme un « Tout-Autre » infréquentable.

Le S.D.F. est laid, il est sale et il pue. S'identifier à lui est narcissiquement difficile. Pour tout dire, insupportable. C'est pour cela que, au-delà de l'extrême précarité qui fait son quotidien, le S.D.F. est en proie à un grave traumatisme identitaire. On ne veut pas le voir et on ne veut pas le sentir pour pouvoir l'ignorer. On ne veut pas le toucher pour ne pas être touché par lui et ne pas risquer d'être infesté par ses parasites ou ému par sa détresse. On ne veut pas lui parler car il est si peu ragoûtant qu'il ne dit rien qui vaille.

Hier, quand il avait un domicile, il était encore un semblable. Aujourd'hui qu'il a échoué dans la rue, son statut oscille entre celui d'un naufragé à aider parce qu'il a encore figure humaine et celui d'une épave nauséabonde quand il est trop abîmé. Alors, sa présence indispose les sens de ses ex-semblables qui ont plus envie de le voir disparaître que de lui venir en aide pour le sortir d'affaire, car il leur fait horreur.

C'est dans la mesure où il fait horreur que le S.D.F. peut être défini comme l'avatar moderne du fou, ce « Tout-Autre » par excellence.

La folie accompagne l'humanité comme son ombre. Meurtre symbolique qui fait de l'autre un « Tout-Autre » par la négation... affolante de son appartenance à l'humanité, elle est le symptôme de la capacité de l'humain à dénier le lien insécable de la fraternité qui l'unit à tel ou tel de ses semblables en le reniant comme semblable dès lors que son existence l'indispose.

À la différence de la maladie mentale qui, elle, a une indubitable existence concrète car elle s'enracine dans le *bios*, la folie est une création de l'imagination et une vue de l'esprit. Inscrite dans le *logos*, elle sévit dans le champ relationnel et communicationnel. Mensongère par essence, elle nie l'autre comme interlocuteur. Elle s'arrange pour que le langage des sens perturbe le sens du langage, au lieu qu'ils aillent de conserve, et elle embrouille les esprits. Ce qui est dit se télescope et s'oppose avec ce qui est ressenti. Les gestes et les paroles se dissocient ou se contredisent. Les doubles sens et les contresens abondent. Finalement, la confusion s'installe entre ce qui relève de la psyché et ce qui appartient à la réalité. De quelle aliénation s'agit-il ? Sociale ou mentale ?

Le S.D.F. ne sait pas où se mettre parce qu'il n'a vraiment pas de place (ou est-ce qu'il ne sait pas se faire sa place parmi les autres ?). Est-ce qu'il perd ses moyens ou manque d'aisance parce qu'il est complexé ou est-ce qu'il ne se sent pas à la hauteur parce qu'il manque de moyens matériels ? Il est la concrétisation ambulante de ces jeux de mots mortifères capables de tuer à petit feu les humains qui sont en trop dans une société où l'homme est au service de l'Économie au lieu que l'Économie soit au service de l'homme. On ne les tue pas directement, on leur retire seulement (!) la possibilité d'avoir

leur demeure dans l'humanité, tant sur le plan concret que symbolique.

Aliénés socialement, les S.D.F. le sont aussi mentalement. Mais pas d'abord dans le champ de la maladie, même si certains malades mentaux sont des S.D.F. Pas non plus dans le champ du désir. Mais dans le registre de l'abject. Là où est l'horreur et non la séduction, le dégoût et non l'attrait, la répulsion et non la pulsion.

Les psychiatres doivent intervenir près des S.D.F., même s'ils doivent revoir leurs théories pour accéder au champ de l'abject, afin de tenter de faire cesser leur aliénation mentale en les aidant à se réhabiliter comme sujets parlants pendant que d'autres s'occupent de les loger. Ils ne doivent pas le faire comme on le leur demande plus ou moins discrètement : pour nettoyer les rues en envoyant dans les asiles (que la psychiatrie n'a plus), ces gens qui font désordre dans le paysage urbain parce qu'ils n'ont plus assez figure humaine. Et c'est là que gît la vraie difficulté car l'horreur inspirée par le S.D.F. se transforme volontiers en pitié quand il s'agit de l'aider. Et la pitié, qu'elle s'appelle solidarité ou charité, est le cache-misère par excellence qui se nourrit du malheur d'autrui. Elle le maintient dans l'exclusion pendant qu'elle lui fait l'aumône d'un secours d'urgence pour répondre à ses besoins les plus pressants et mieux échapper à la rencontre avec le semblable qu'il demeure, malgré son malheur et à sa demande de reconnaissance comme semblable en humanité. Message difficile à faire passer, s'il en est.

J. M.

## HANDICAP PSYCHIQUE

### RETOUR À LA CLINIQUE...

Bernard JOLIVET

Compte tenu des réactions très opposées, souvent vives, au sujet du terme « handicapé psychique », il paraît souhaitable de poursuivre le débat sur cet « événement », car c'en est un, qui ne saurait être réduit à une querelle de mots.

Débattre, non plus pour en espérer l'éradication, puisque l'on nous dit qu'il est trop tard (?), mais pour en tirer quelque enseignement. Mettons donc à part ce qu'il a directement induit, ainsi que les réactions un tantinet méprisantes de certains collègues.

Débattre à deux niveaux, par exemple : le premier tenant à la situation actuelle et évolutive de la psychiatrie, le deuxième à l'expérience clinique.

Pour le premier, Roger MISES nous en fournit l'occasion dans son article (cf. *LLPF* n° 139) où il évoque à propos du handicap psychique « un mode de désignation large répon-

dant à un usage commun ». Ce sont les termes « désignation large » qui ont retenu, entre autres, mon attention.

Au fil des changements de la Société, la psychiatrie évolue difficilement. Elle est contrainte de réenvisager son champ d'application, repréciser ses limites, revoir son organisation (tant pour le secteur privé que pour le secteur public), alors que se modifient les définitions, même des entités qui la constituent avec, pour les personnels, des changements identitaires et fonctionnels par rapport à ce qui était classiquement admis.

L'affaire n'est pas nouvelle, et je pense inutile de rappeler tous les événements qui concourent à cette évolution (de l'élargissement du concept de maladie mentale au glissement vers le social, en passant par une remise en cause des catégories nosographiques, etc.), et cela, dans le paradoxe de limitations des moyens et d'élargissement des tâches...

Tristesse et résignation semblent colorer bien des réactions, au point d'accepter l'introduction d'un flou supplémentaire

dans les appellations avec un terme, « handicapé psychique », dont le moins qu'on puisse dire est qu'il serait difficile de trouver plus large ! N'est-ce pas un mouvement supplémentaire, imposé par l'extérieur, qui va concourir à ce délitement de la psychiatrie et donc des soins, que nous ne cessons de dénoncer ?

Mais revenons à la clinique et aux malades souvent étrangement absents dans ce type de discussion.

Une longue expérience clinique, tout particulièrement dans les « soins de réadaptation » des malades mentaux adultes, m'a amené à plusieurs constats :

- beaucoup de malades pourraient bénéficier de ce type de soins, comme il a été démontré, au lieu de se voir parachutés trop précocement dans le social sous l'étiquette de « Handicapé » ;
- selon un schéma fréquent, pour qu'une réadaptation puisse réussir, il faut un préalable : celui de la reconnaissance par le sujet lui-même qu'il est, a été ou

pourrait être encore « malade », la dénégation étant fréquente. À partir de là, un processus de réadaptation individualisé pourra se développer. Ce n'est que plus tardivement que la question DES handicaps sera « travaillée » AVEC le sujet. Il pourra l'accepter, comme il pourra la refuser, comme il pourra prendre à son compte tous les mécanismes d'aide et de compensation que la société peut lui offrir dans une dynamique de réhabilitation.

Tous les rapports concernant la psychiatrie s'accordent au moins sur un point, celui de recentrer notre dispositif sur le sujet lui-même avec, certes, ses handicaps mais aussi la partie saine qui est en lui... Ceci s'accorde mal avec une qualification hâtive et a fortiori aussi vague et dépréciative que le handicap « psychique » incluant, *stricto sensu*, la globalité de l'esprit et de l'âme.

**B. J.**

## COURRIER DES LECTEURS

### SECRET MÉDICAL - SECRET PROFESSIONNEL

**C**hers Collègues,

**Marie-Christine VOYRON**

En tant que psychiatre à exercice exclusif, je vais continuer à ne pas référencer mes patients, sous leur nom propre, sur mes cahiers comptables.

En effet, « est protégé par la loi pénale tout document sur lequel figure, associée au nom d'un patient, une quelconque référence à la nature des soins dispensés à l'intéressé » !

J'aime cette notion du secret médical qui résiste à l'administration, fût-elle fiscale !

« La Lettre » a-t-elle une idée à ce sujet ? Qui en rejoint d'autres, actuels et plus brûlants...

**M.-C. M.**

#### RESPECT DU SECRET MÉDICAL ET DU SECRET PROFESSIONNEL ARRÊT DU CONSEIL D'ÉTAT DU 7 JUILLET 2004

*Les documents comptables tenus par tous les adhérents d'associations agréées titulaires de bénéfices non commerciaux, même les professionnels soumis au secret professionnel, doivent comporter l'identité du client, ainsi que le montant, la date et la forme du versement des honoraires. Seule la nature des prestations fournies ne peut faire l'objet de demandes de renseignements.*

Ces dispositions relèvent de l'article 1649 *quater* G du CGI et de l'article 86 du LPF.

Le Conseil d'État vient de confirmer ces dispositions de la loi fiscale, précisant que :

- les membres de la commission départementale des impôts peuvent également accéder aux documents nominatifs visés à l'article 1649 *quater* G du CGI,
- le vérificateur peut accéder à des documents non comptables mentionnant le nom des patients du contribuable vérifié, tels carnet de rendez-vous ou registre d'admission d'une clinique,

le vérificateur ne peut accéder à des documents comptables ou non comptables qui comportent, outre le nom des patients, des indications sur la nature des prestations fournies.

## MANIFESTATIONS SISM 2004

Jean-Paul Arveiller réagit, au nom du secteur 3 de psychiatrie générale de Paris, à l'article de Claude Leroy (cf. LLPF n° 136, juin 2004, p. 9).

### 1) LETTRE DE JEAN-PAUL ARVEILLER À CLAUDE LEROY, du 24/11/04 :

Jean-Paul ARVEILLER  
Claude LEROY

« Cher Monsieur,

Permettez-moi de réagir, bien que très tardivement, à votre article sur la SISM, paru dans La Lettre de Psychiatrie Française de juin dernier.

Vous y indiquez, en particulier, l'absence de manifestation liée à la SISM : « Paris = 0 », dites-vous.

Or, j'ai bien, en son temps, transmis notre programme à l'AFP, programme très chargé comme chaque année, depuis une bonne dizaine d'années.

Le secteur 3 de psychiatrie générale de Paris a créé, à cette époque, un groupe de travail appelé Groupe Santé Mentale qui se réunit mensuellement et fonctionne comme un conseil de secteur. Il rassemble tous les acteurs du quartier qui le souhaitent : institutionnels ou à titre personnel, des secteurs médicaux, sociaux-caritatifs, citoyens... Ils travaillent sur la prévention en santé mentale sur les 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> arrondissements de Paris, et la SISM constitue chaque année le point fort de son action.

La SISM fait partie, maintenant, du paysage habituel du quartier. Elle est annoncée sur les panneaux lumineux de la ville de Paris ; cette année, elle était annoncée également dans le quotidien : Métro.

Chaque institution peut organiser des manifestations, le tout étant rassemblé dans un même programme. Le point d'orgue étant constitué par une soirée à la mairie du 5<sup>e</sup>, où plusieurs centaines de personnes étaient rassemblées pour écouter Philippe LABRO témoigner de sa propre dépression (sujet de son dernier livre).

Parmi les propositions faites par le secteur de psychiatrie : une rencontre ouverte à tous les pys libéraux du quartier autour d'une conférence-échange de V. de Gauléjac, une journée portes ouvertes au CMP, où tous les soignants étaient présents pour échanger avec tous les visiteurs (notre Maire a même été présent une bonne partie de l'après-midi pour échanger, de façon informelle et chaleureuse, avec les uns et les autres), etc.

Tout ceci représente, vous vous en doutez, beaucoup de travail, mais surtout une forte mobilisation autour de la prévention en général, de la SISM en particulier. C'est pour cela que le « Paris = 0 » m'avait un peu gêné et que je souhaitais vous apporter ces quelques éléments d'information.

Je vous rejoins pour souhaiter une mobilisation encore plus forte à la SISM 2005 et vous prie d'agréer, Cher Monsieur, l'expression de mes sentiments bien respectueux. »

### 2) RÉPONSE DE CLAUDE LEROY À JEAN-PAUL ARVEILLER, du 02/12/04 :

« Cher Collègue,

Je vous remercie de votre lettre du 24/11/04.

Je connais depuis toujours l'association de santé mentale du 5<sup>e</sup> qui a toujours fait un très bon travail, comme en témoigne celui que vous avez fait cette année.

Mais il se trouve que vos activités dans la région (de même, d'ailleurs, que celles de Beigbeder et d'autres) n'ont fait l'objet d'aucune diffusion dans les journaux de Paris, donc nationaux, à l'opposé de ce qui se passe dans les régions.

L'UNAFAM avait réuni toutes les coupures de presse sur la semaine, et c'est à partir de ces extraits que j'ai voulu montrer l'indifférence des grands journaux, de la radio, de la télévision.

Il ne s'agissait pas des actions elles-mêmes, comme je l'ai indiqué dans l'article.

Toutes mes félicitations pour ce que vous faites, mais il faut reconnaître que ce n'est pas le cas de la majorité des psychiatres.

Bien à vous. »

J.-P. A.  
C. L.

**À NOTER... À NOTER... À NOTER... À NOTER... À NOTER... À NOTER... À NOTER... À NOTER...**

**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**  
**de l'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE**  
**samedi 19 mars 2005,**  
**de 10 h 00 à 11 h 30**

**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**  
**du SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS**  
**samedi 19 mars 2005,**  
**de 14 h 00 à 17 h 00**

**au Centre Wallonie Bruxelles**  
**46, rue Quincampoix 75004 Paris**  
**(pouvoirs p. 11)**

## PAS DE DISCOURS SANS LECTURE

### FIN DE RÉGIME :

## LA PSYCHIATRIE, DE LA RÉPUBLIQUE AU PARI BIOLOGIQUE

Charbit (P.), *Le Publieur*

Jacques-David  
BEIGBEDER

La psychiatrie n'en finit pas de se raconter... Qui n'y verrait la marque de son enracinement dans la subjectivité ! Comme l'analysé, sur son divan, passe et repasse son histoire pour en découvrir le fil et apercevoir quelque chose de son destin, l'institution nous impose la même démarche pour comprendre le sens de son évolution et tenter d'appréhender son devenir.

Et, de fait, le livre de notre confrère se lit bien, tant son propos nous semble pertinent dans ses analyses. Il ne s'intéresse pas seulement à l'environnement éthique qui a donné naissance à la psychiatrie contemporaine dans la mouvance révolutionnaire, mais aussi à ce que nous aimerions appeler son esthétique, sa représentation. La thèse de Charbit est que la psychiatrie occupe une place privilégiée dans la saga répu-

blicaine et que les psychiatres de l'époque, les médecins des asiles, y étaient de ce fait des notables. Leurs concepts étaient instrumentalisés ; ainsi la monomanie permettait-elle de s'opposer à l'autorité judiciaire et l'hystérie, plus tard, aura permis de combattre utilement la prégnance idéologique de l'Église...

Pour Charbit, la logique républicaine de la psychiatrie trouve son accomplissement dans la politique de secteur. Son repli actuel accompagne le déclin de cet ordre-là, d'où l'annonce de cette « fin de régime ». Le pari biologique vient sceller la victoire du libéralisme économique et, là aussi, on aimerait ajouter que la dépression, comme la schizophrénie, dans la présentation qui en est faite, sont des outils de marketing.

J.-D.-B.

## OUVRAGES RÉCEMMENT PARUS

### *La femme sans qualité : esquisse psychanalytique de la féminité*

Annie ANZIEU  
Dunod - 22,50 €

### *Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant*

Laurent DANON-BOILEAU  
PUF - 7,50 €

### *Présence de Gisela Pankow : journées d'études, Paris, 30.11.03 organisées par la Société de Psychanalyse Freudienne et l'Association Internationale des Amis de Gisela Pankow*

Christophe DEJOURS, Henri MALDINEY, Jean OURY  
Campagne Première - 19 €

### *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui : historicité et institution*

Pierre DELION (sous la dir.)  
Erès - 23 €

### *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant : le langage de la langue et de la passion*

Sandor FERENCZI  
Payot - 5 €

### *Histoire de la psychanalyse de l'enfant : mouvements, idées, perspectives*

Claudine GEISSMANN, Pierre GEISSMANN  
Bayard - 29 €

### *Le discours vivant : la conception psychanalytique de l'affect*

André GREEN  
PUF - 14 €

### *Histoire de la psychiatrie*

Jacques HOCHMANN  
Paris : PUF, 2004 - 7,50 €

### *Médecins et sorciers*

Tobie NATHAN, Isabelle STENGERS  
Les empêcheurs de penser en rond, 12 €

### *Rue Descartes, 45*

### *Les 20 ans du Collège international de philosophie*

Présentation François NOUDELDMANN, Antonia SOULEZ  
PUF - 15 €

### *Maladie d'Alzheimer*

Louis PLOTON  
Chronique sociale - 16,50 €

### *Le désaliénisme aujourd'hui*

Serge VALLON, Anne-France LE PAPE  
Erès - 15 €

### *JFP Journal Français de Psychiatrie*

22, Les épisodes délirants  
Erès - 14 €

## GRAINS DE SEL PSYCHIATRIQUE

### PSYCHIATRICUS

La thèse<sup>(1)</sup> de la regrettée Claude Martin (1940-1983) paraît bien tard – vingt-trois ans après qu'elle eut obtenu plusieurs prix de thèse – mais c'est un signe des temps qu'elle paraisse dans une maison d'édition juridique. En cette période de fermeture de centres socioculturels et de foyers, de racisme anti-jeunes et de « tout répressif », il est temps que celui qui croit au ciel et celui qui n'y croit pas, médecin, soignant, éducateur, enseignant, juriste et policier, soucieux de leur métier, et des citoyens s'unissent pour résister à la peur et à l'agressivité qu'elle engendre. Claude Martin écrivait :

1. seul le comportement nous est accessible ;
2. il ne faut jamais raisonner sur le seul comportement.

Dans sa méthodologie, elle fait la critique des statistiques des délits : les choses n'ont guère changé depuis (aujourd'hui, on pourrait dire « Sarko » est venu, il a vu et – non – il n'a pas vaincu, mais les statistiques médiatiques se sont améliorées miraculeusement, pour quelques jours !). Elle fait la critique de la scolastique éthologique et d'une psychologie expérimentale qui oublièrent la fonction symbolique chez l'humain, aussi bien que d'une scolastique psychanalytique oubliée de la réalité des choses et des gens. Alors que Freud écrivait

souvent : « tout se passe comme si », une grande partie de ses successeurs a fini par considérer un postulat comme une réalité objective. De précieuses réflexions sur le langage soulignent qu'il s'agit d'abord d'apprendre le parler des patients et non de leur imposer le langage *psy*. Les positions épistémologiques de Stanislas Tomkiewicz se croisent ici avec celles d'un autre grand disparu, Pierre Fédida (1977), quand il étudiait « le concept et la violence ». Le chemin de la clinique à la science clinique est balisé : elle ne répond pas aux critères de la science expérimentale dans la mesure où les variables ne sont pas maîtrisables ; pourtant, elle conduit à des constatations qui, répétées, « amènent à la formulation d'hypothèses qui prennent leur validité de leur valeur prédictive ou des résultats obtenus ».

La suite de l'ouvrage décrit finement le foyer de Vitry et ses principes de fonctionnement, puis les garçons et leur structure psychologique. Tous ceux qui travaillent avec des adolescents gagneront à étudier cet ouvrage, écrit à la portée de tous. C'est un magnifique cadeau de Nouvel An.

### P.

<sup>(1)</sup> MARTIN (C.) : *Mauvais objet, mauvais sujet*, Paris, 2004, Editions Jeunesse et droit.

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

## À LA LETTRE DE PSYCHIATRIE FRANÇAISE

CETTE OFFRE NE CONCERNE PAS LES MEMBRES SPF ET AFP 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 le surplus d'affranchissement.  
• Pour l'étranger, ajouter 10 € }

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

## 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 février au plus tard** pour une parution fin mars.

- (réf. 1818) **07 – ANNONAY** – CMPP Recherche Directeur Médical Pédopsychiatre ☎ 04 75 33 21 34
- (réf. 1819) **13 – MARSEILLE** – Psychiatre Cède cabinet idéalement situé avec activité en clinique privée ☎ 06 60 81 60 03 ou 04 91 32 66 74
- (réf. 1820) **40 – SEIGNOSSE** – Cause retraite Cède revues livres de psychiatrie - Prix modiques ☎ 05 58 43 16 52



Association Hospitalière  
DE BRETAGNE

#### CÔTES D'ARMOR (22)

Gérant le Centre Hospitalier de Plouguernevel  
Établissement Privé Participant au Service Public Hospitalier

#### RECHERCHE

#### DEUX PSYCHIATRES TEMPS PLEIN

☞ Pour secteur « Adultes »  
activité de secteur (CMP - CATTP)  
hospitalisation plein temps

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](mailto:a.legarrec@ahbretagne.com)

(réf. 1821)

#### LA RÉSIDENCE MÉDICALISÉE LEOPOLD BELLAN 13 place de Verdun 78790 SEPTEUIL

Étabt privé à but non lucratif  
162 lits - CC 31.10.51 FEHAP  
100 salariés - situé à 60 kms  
à l'ouest de Paris (A13/A14)

#### RECHERCHE

dans le cadre de la prise en  
charge et du suivi de notre  
population issue du secteur  
psychiatrique,

#### UN PSYCHIATRE (H/F) 1/4 TEMPS - CDI

Poste à pourvoir  
immédiatement

Au sein d'une équipe  
pluridisciplinaire, il (elle)  
travaillera en relation étroite  
avec le médecin gériatre.

Adresser CV + photo + lettre  
de motivation manuscrite  
à Mme le Directeur

☎ 01 34 97 20 01

Prise de RDV par ☎ possible

e-mail : [residence.septeuil@bellan.fr](mailto:residence.septeuil@bellan.fr)

(réf. 1822)

Vous êtes médecin psychiatre

Vous souhaitez vivre  
une nouvelle expérience professionnelle

#### LE CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE L'YONNE VOUS ATTEND

Site Internet : [www.chs-yonne.fr](http://www.chs-yonne.fr)

Pour réaliser son nouveau projet d'établissement dans un  
hôpital totalement neuf avec :

- ☞ un système d'information hospitalier modernisé,
- ☞ un exercice dans le cadre d'un réseau Santé Mentale.

Que vous soyez :

#### PRATICIEN HOSPITALIER, CONTRACTUEL OU LIBÉRAL SPÉCIALISTE DE L'ENFANCE OU DE L'ADULTE

souhaitant un TEMPS PLEIN ou un TEMPS PARTIEL

Les postes à pourvoir sont à :

- Sens (1 heure de Paris par la SNCF) : en psychiatrie de l'adulte avec liaison urgences du centre hospitalier général et en psychiatrie de l'enfant en CMP.
- Auxerre (2 heures de Paris par la SNCF ou l'autoroute) : en psychiatrie de l'adulte comme chef de service ou en secteur.

N'hésitez pas à appeler :

☞ Docteur SIGAL (président de la CME) :

☎ 03 86 94 80 60

☞ Mme A. DROUHIN (DRH) : ☎ 03 86 94 39 11

courriel : [adrouhin@chs.yonne.fr](mailto:adrouhin@chs.yonne.fr)

(réf. 1823)





**Le CHS de la SARTHE**

(Le Mans, 55 min. de Paris en TGV)  
501 lits,  
7 secteurs de psychiatrie générale

**RECHERCHE**

**DEUX PSYCHIATRES**

(Statut PH, assistant  
ou praticien contractuel)  
pour développer ses CMP-CATP  
et la psychiatrie au CHG

**Adresser candidature  
à M. le Directeur, CHS de la Sarthe,  
route de Spay  
72703 ALLONNES  
ou contacter Mme la Présidente  
de la CME ☎ 02 43 78 56 37**

(réf. 1824)

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

LE PERRY (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 PERRY-EN-YVELINES Cedex**

Ass. Gest. : Sauvegarde des Yvelines

(réf. 1825)

**ACIAT 92  
Centre de Soins Spécialisés  
en Toxicomanie  
à GENNEVILLIERS (92)**

**RECHERCHE**

**UN(E) PSYCHIATRE**

15 h / sem. - CCN 1966 - CDI  
pour consultations auprès  
de personnes toxicomanes  
au sein d'un travail d'équipe.

**Adresser lettre manuscrite et CV  
au Dr Margarita MIQUELARENA  
Directrice médicale  
Association SEQUANACIAT 92  
34 rue Pierre Timbaud  
92230 GENNEVILLIERS**

(réf. 1826)

**L'ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE  
de l'A.P.A.J.H. DU VAL D'OISE**

**RECRUTE en CDI (0,25 ETP)**

pour la Maison d'Accueil  
Spécialisée de DOMONT

**PSYCHIATRE**

Rémunération CCN mars 66

**Écrire à la Présidente  
Comité Départemental  
APAJH 95  
42 bis rue A. et A. Rouzée  
95330 DOMONT**

(réf. 1827)

**L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉUNION  
ÎLE DE LA RÉUNION**

**RECHERCHE d'urgence**

**PRATICIENS HOSPITALIERS CONTRACTUELS  
et ASSISTANTS SPÉCIALISTES**

Service adultes Ouest et Est

Prise en charge du billet d'avion  
Rémunération Métropole + 40 %  
Possibilité de logement à l'arrivée

**Adresser candidature avec CV à :**  
**M. le Directeur de**

**l'Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion  
11 rue de l'Hôpital  
97866 SAINT-PAUL CEDEX**

☎ 02 62 45 35 42 - 📠 02 62 45 35 35

(réf. 1828)

**LA FONDATION SANTÉ DES  
ÉTUDIANTS DE FRANCE**

**RECRUTE**

➤ pour le Centre Médical  
et Pédagogique J. Arnaud  
BOUFFEMONT (95)

**UN PSYCHIATRE  
Temps plein**

➤ pour le Service  
Médico-Psychologique  
**MÉDECIN-ADJOINT**

Rémunération CC 51  
Possibilité détachement  
Établissement PSPH  
pour adolescents  
et jeunes adultes 15/24 ans  
Associant Soins/Études/Insertion  
Postes à pourvoir de suite

**Candidatures :**

**Dr Paul LE NOUVEL  
Directeur Médical  
C.M.P.J.A. - 5, rue Pasteur  
95570 BOUFFEMONT**

☎ 01 39 35 35 01

📠 01 39 91 21 14

**e-mail : dirmed.cmpja@fsef.net**

(réf. 1829)

**LE C.H.S. « Albert BOUSQUET » de NOUMÉA  
(377 E.T.P. - 20 700 000 euros)**

**RECRUTE à temps plein**

➤ **UN PRATICIEN HOSPITALIER PSYCHIATRE POLYVALENT**

Prise de fonction : courant avril 2005

Date limite du dépôt des dossiers complets : 21 février 2005

➤ **UN PRATICIEN HOSPITALIER pour une structure d'accueil  
et de soins pour adolescents et jeunes adultes de 13 à 20 ans**

Prise de fonction : dans les meilleurs délais

Date limite du dépôt des dossiers complets : 21 février 2005

**Les dossiers de candidatures sont à adresser à :**

**M. le Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales  
de la Nouvelle-Calédonie**

**BP N4 - 98851 NOUMÉA cedex (Nouvelle-Calédonie)**

☎ (687) 24 37 09 - 📠 (687) 24 37 02 - e-mail : didier.darbon@gouv.nc

(réf. 1830)

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

### RÉUNIONS ET COLLOQUES

#### EN FRANCE

... FÉVRIER 2005

à **LYON, le 2** : La Ferme du Vinatier organise une exposition : **Le jeu et ses dimensions thérapeutiques**. Renseignements : la Ferme du Vinatier – Coline Rogé, CH le Vinatier, 95, boulevard Pinel 69677 Bron Cedex – Tél. : 04 37 91 51 11 – Fax : 04 37 91 53 38 – e-mail : laferme@ch-le-vinatier.fr – Site : www.ch-le-vinatier.fr/ferme

à **BRON, le 2** : Le Docteur Jean-Louis Griguer organise un Séminaire de psychiatrie phénoménologique dans le cadre du DES de psychiatrie : **Délires, hallucinations et problème de l'inconscient phénoménologique**. Renseignements : Dr Jean-Louis Griguer, CHS Le Valmont, Domaine des Rebatières, BP 16 26760 Montéléger – Tél. : 04 75 75 60 23 – Fax : 04 75 75 60 61 e-mail : jeanlouis.griguer@wanadoo.fr

à **PARIS, les 2 et 5** : Les Séminaires Psychanalytiques de Paris organisent une Conférence sur les 7 concepts les plus difficiles de la psychanalyse : **Le sujet de l'inconscient**. 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 **MONTROUGE, les 5 et 6** : L'Association La Cause des Bébéés organise son 6<sup>e</sup> Colloque : **L'art de nourrir les bébéés**. Renseignements : Association La Cause des Bébéés, 23, rue Gutenberg 92120 Montrouge – Tél./Fax : 01 55 95 73 67 – e-mail : cdbebe@aol.com

à **PARIS, le 7** : Jean-Jacques Moscovitz organise un Séminaire : **« Malaise », insistance art et politique...** Renseignements : Jean-Jacques Moscovitz – Tél. : 01 43 25 02 11 – e-mail : jjmoscovitz@free.fr

à **PARIS, le 7** : L'Institut Mutualiste Montsouris organise un Séminaire Babel sur la psychanalyse, littérature et arts : **Lautréamont. Ce potache de génie**. Renseignements : Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte – Institut Mutualiste Montsouris – Corinne Dugré-Le Bigre 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 **LYON, le 10** : Le Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes organise un Cycle de conférences : **Devenir sujet dans le groupe. Réflexions à propos de quelques dispositifs groupaux institutionnels**. 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, le 12** : L'Association Française de Criminologie organise un Séminaire d'hiver : **Confrontation sur les « politiques de sécurité » passées et à venir...** Renseignements : Pierre Pélissier, AFC, 19, rue Ginoux 75015 Paris – Tél./Fax : 01 42 63 45 04 – e-mail : tournier@ext.jussieu.fr – Site : www.afc-assoc.org

à **PARIS, le 15** : L'Académie des Sciences organise une grande Conférence : **Les défis scientifiques du XXI<sup>e</sup> siècle : Les nouveaux succès en compression des images et l'apport des neurosciences**. Renseignements : Académie des Sciences, 23, quai de Conti 75006 Paris – Tél. : 01 44 41 44 00 – Fax : 01 44 41 45 50 – e-mail : disc@academie-sciences.fr – Site : www.academie-sciences.fr

à **REIMS, le 21** : La CRIEE organise un Séminaire : **La psychanalyse à l'épreuve des institutions**. Renseignements : CRIEE – Centre de jour A. Artaud – 45, rue Jeanne d'Arc 51100 Reims.

... MARS 2005

à **LYON, le 5** : Le Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes organise un Colloque : **Psychanalyse en débat : l'expérience affective dans le lien précoce et dans le soin psychique**. 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, le 7** : Jean-Jacques Moscovitz organise un Séminaire : **Traduire l'intraduisible...** Renseignements : Jean-Jacques Moscovitz – Tél. : 01 43 25 02 11 – e-mail : jjmoscovitz@free.fr

à **PARIS, le 7** : L'Institut Mutualiste Montsouris organise un Séminaire Babel sur : **Raymond Chandler. Portrait du détective en adolescent**. Renseignements : Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte – Institut Mutualiste Montsouris – Corinne Dugré-Le Bigre 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 8** : L'Académie des Sciences organise une grande Conférence : **Les défis scientifiques du XXI<sup>e</sup> siècle : Energétique du Vivant**. Renseignements : Académie des Sciences, 23, quai de Conti 75006 Paris – Tél. : 01 44 41 44 00 – Fax : 01 44 41 45 50 – e-mail : disc@academie-sciences.fr – Site : www.academie-sciences.fr

à **EVRY, le 8** : L'AGAPES propose les 4<sup>es</sup> Rencontres : **Le transfert dans l'institution sectorielle**. Renseignements : Alain Deniau, AGAPES – 6, rue du Bas-Coudray 91100 Corbeil-Essonnes – Tél. : 01 60 90 77 75 – Fax : 01 60 88 23 79 – e-mail : alaindeniau@wanadoo.fr

**à PARIS, le 9 :** Le Quatrième Groupe organise une Conférence-débat avec Jacques André : « **L'imprévu en séance** ». Gallimard, 2004. **Renseignements :** Secrétariat du IV<sup>e</sup> Groupe, 19, bd Montmartre 75002 Paris – Tél./Fax : 01 55 04 75 27 – e-mail : [quatrieme-groupe@wanadoo.fr](mailto:quatrieme-groupe@wanadoo.fr)

**à BRON, le 9 :** Jean-Louis Griguer organise un Séminaire de psychiatrie phénoménologique, dans le cadre du DES de psychiatrie, sur : **Caractérisations onto-phénoménologiques des délires paranoïdes et paraphréniques**. **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](mailto:jeanlouis.griguer@wanadoo.fr)

**à PARIS, les 10 et 11 :** Les Séminaires Psychanalytiques de Paris organisent une Conférence : **Comment parler à un enfant ?** **Renseignements :** Les Séminaires Psychanalytiques de Paris, allée de Croisilles 28210 Saint-Laurent-la-Gâtine – Tél. : 01 46 47 66 04 – Fax : 01 46 47 60 66.

**à STRASBOURG, le 11 :** Parole sans Frontière organise une Journée : **Actualité de la névrose traumatique**. **Renseignements :** Docteur Bertrand Piret – Tél. : 03 88 37 95 45 – e-mail : [parole-sans-frontiere@noos.fr](mailto:parole-sans-frontiere@noos.fr) – Site : [www.psy-desir.com](http://www.psy-desir.com)

**à PARIS, les 11 et 12 :** Le Groupe de Recherche sur l'Autisme et le Polyhandicap organise les 23<sup>es</sup> Journées d'étude : **Quels objectifs thérapeutiques et éducatifs pour l'enfant autiste, polyhandicapé ?** **Renseignements :** Canal 55 Congrès 17, rue Jean Dandin 75015 Paris – Tél. : 01 56 33 97 55 – Fax : 01 56 33 97 47 – e-mail : [congres@canal55.com](mailto:congres@canal55.com) – Site : [www.canal55.com/congres](http://www.canal55.com/congres)

**à BRON, du 11 au 13 :** La Ferme du Vinatier organise une Exposition et Conférence : **Les objets ont la parole**. **Renseignements :** La Ferme du Vinatier, Coline Rogé, CH le Vinatier, 95, bd Pinel 69677 Bron Cedex – Tél. : 04 37 91 51 11 – Fax : 04 37 91 53 38 – e-mail : [laferme@ch-le-vinatier.fr](mailto:laferme@ch-le-vinatier.fr) – Site : [www.ch-le-vinatier.fr](http://www.ch-le-vinatier.fr)

**à BRON, le 12 :** La Ferme du Vinatier organise une Conférence : Table ronde – **Les objets, l'intime et l'hôpital**. **Renseignements :** La Ferme du Vinatier, Coline Rogé, CH le Vinatier, 95, bd Pinel 69677 Bron Cedex – Tél. : 04 37 91 51 11 – Fax : 04 37 91 53 38 e-mail : [laferme@ch-le-vinatier.fr](mailto:laferme@ch-le-vinatier.fr) – Site : [www.ch-le-vinatier.fr](http://www.ch-le-vinatier.fr)

**à PARIS, les 16 et 19 :** Les Séminaires Psychanalytiques de Paris organisent une Conférence : **Les 7 concepts les plus difficiles de la psychanalyse : l'agressivité**. **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](http://www.seminaires-psy.com)

**à LYON, le 17 :** GREPSY Conférences organise une Conférence : **Silences de femme**. **Renseignements :** Nicole Paret, GREPSY Conférences, CH Saint-Jean-de-Dieu, 290, route de Vienne 69373 Lyon Cedex 8 – Tél. : 04 37 90 12 33 – Fax : 04 37 90 12 39 e-mail : [nparet@ch-st-jean-de-dieu-lyon.fr](mailto:nparet@ch-st-jean-de-dieu-lyon.fr)

**à PARIS, les 2 et 3 avril 2005 :** Carnet Psy organise les Journées scientifiques : **Subjectivation – un nouveau point de vue en psychanalyse ?** **Renseignements :** Estelle Chassot, Carnet Psy, 8, av Jean-Baptiste-Clément 92100 Boulogne. Tél. : 01 46 04 74 35 – Fax : 01 46 04 74 00 – e-mail : [estelle@carnetpsy.com](mailto:estelle@carnetpsy.com) – Site : [www.carnetpsy.com](http://www.carnetpsy.com)

**à PARIS, le 21 :** Conférence de l'Hôtel de Lamoignon : **Sommeil et rêve avec Annie Gutmann**. **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](mailto:psy-spfafp@wanadoo.fr) – Site : [www.psychiatrie-francaise.com](http://www.psychiatrie-francaise.com)

## À L'ÉTRANGER

... MARS 2005

**à LOCARNO (Suisse), du 3 au 5 :** AMADES organise un Colloque international : **Prévoir et prédire la maladie – De la divination au pronostic : savoirs, pratiques, techniques**. **Renseignements :** Mélanie Duc, IAS/SSP, BFSH2, UNIL, CH – 1015 Lausanne – Site : [www.amades.net](http://www.amades.net)

**à ATHENES (Grèce), du 12 au 15 :** L'Association Psychiatrique Hellénique organise un Congrès régional : **Avances en Psychiatrie**. **Renseignements :** Association Psychiatrique Hellénique, 11, rue Papadiamantopoulou 11528 Athènes, Grèce Tél. : +30 210 7214148 – Fax : +30 210 7242032 – e-mail : [psych@psych.gr](mailto:psych@psych.gr) – Site : [www.era.gr](http://www.era.gr)

## 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](mailto:psy-spfafp@wanadoo.fr)  
[www.psychiatrie-francaise.com](http://www.psychiatrie-francaise.com)

Editeur : Association Française de Psychiatrie /  
Syndicat des Psychiatres Français (AFP / SPF)  
Tirage : 10 800 ex. – Dépôt légal : janvier 2005  
Prix au numéro : 4 €

Directeur de la publication : Christian VASSEUR

Rédacteur en chef : Jean-Yves COZIC

Comité de rédaction :

Jacques-David BEIGBEDER, Michel EISELÉ,  
Jean-Michel HAVET, Nicole KOEHLIN, Jean-Jacques KRESS,  
Romain LIBERMAN, Claude NACHIN,  
Jean-Pierre RUMEN, Pierre STAËL, Joseph TORRENTE

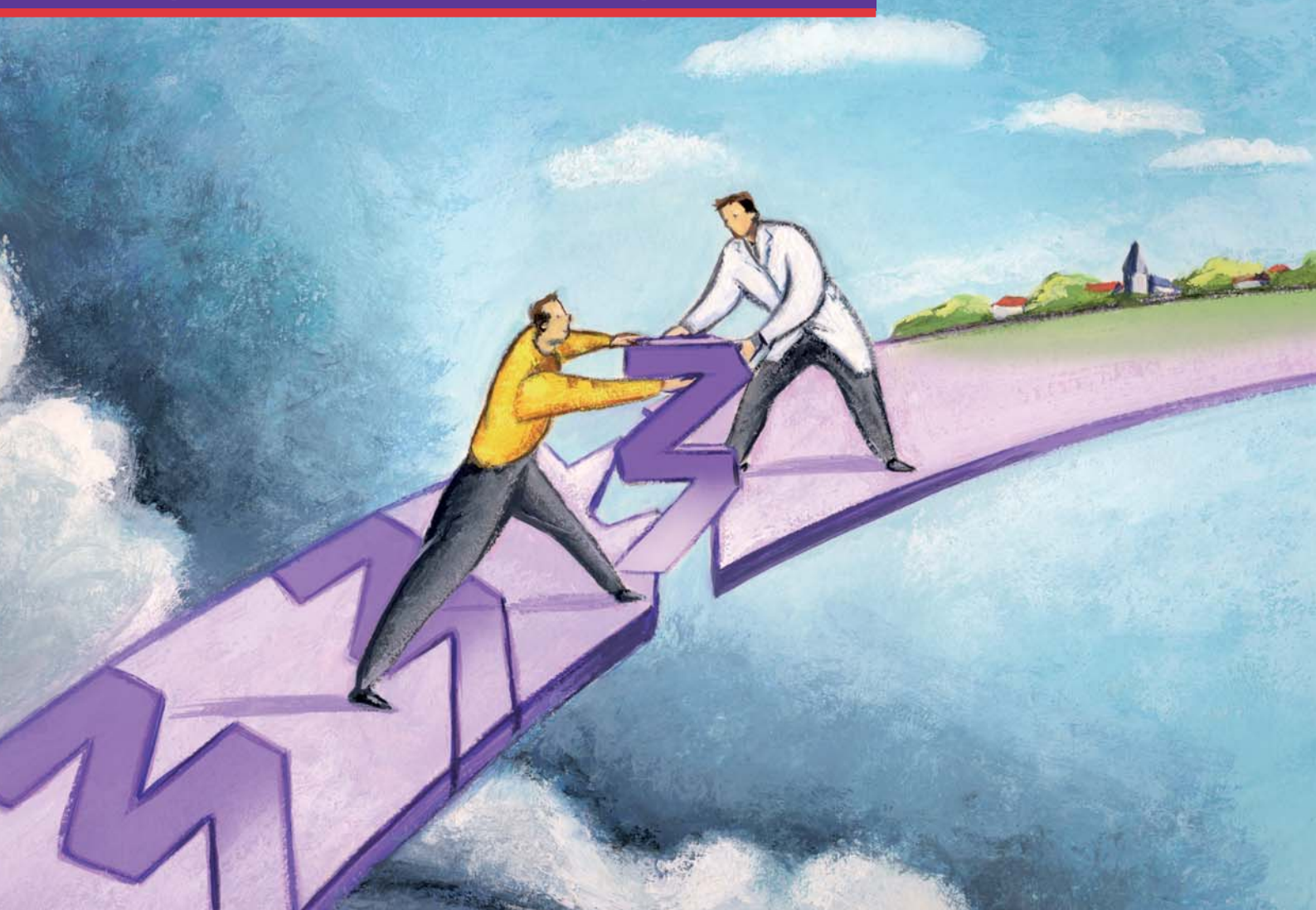
Secrétaire de rédaction et Régie publicitaire :  
Sylvie RASPILLÈRE

Annoncesur :

AGML 2<sup>e</sup> couv.  
LILLY (Zyprexa) 4<sup>e</sup> couv.

Mise en pages : GRAPHIC WAY 01 58 04 90 90

Impression : SAG, Saverne



## Antipsychotique, Antimanique et Thymorégulateur

**ZYPREXA® (Olanzapine). FORME ET PRÉSENTATION :** • ZYPREXA® 10 mg, poudre pour solution injectable • ZYPREXA® 5 mg, 7,5 mg et 10 mg, comprimés enrobés • ZYPREXA® VELOTAB™ 5 mg, 10 mg, 15 mg et 20 mg, comprimés orodispersibles : lyophilisat oral jaune et rond à dissolution rapide.

**INDICATIONS :** • **ZYPREXA IM :** Contrôler rapidement l'agitation et les troubles du comportement chez les patients schizophréniques ou présentant des épisodes maniaques, lorsque le traitement par voie orale n'est pas adapté. Traitement par ZYPREXA IM à arrêter et remplacer par ZYPREXA oral dès que l'état clinique du patient le permet. • **ZYPREXA Oral :** Traitement de la schizophrénie. Chez les patients ayant initialement répondu au traitement, ZYPREXA a démontré son efficacité à maintenir cette amélioration clinique au long cours. Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères. Prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu au traitement par ZYPREXA lors d'un épisode maniaque (c.f. rubrique pharmacodynamie). • **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** • **ZYPREXA IM :** Ne pas administrer par voie intraveineuse ou sous-cutanée. Utilisation de courte durée seulement (3 jours consécutifs maximum). Dose initiale recommandée 10 mg, possible en une seule injection IM (dose plus faible 5 mg ou 7,5 mg possible selon l'état clinique). Seconde injection (5-10 mg) possible 2 heures après selon l'état clinique. Dose maximale journalière 20 mg (3 injections/jour maximum). Poursuite du traitement par ZYPREXA oral (5 à 20 mg par jour) : cf. posologie ZYPREXA Oral. Patients âgés : Dose initiale recommandée : 2,5 - 5 mg. Si seconde injection (2,5 - 5 mg). Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : Dose initiale (5 mg). ZYPREXA Oral et IM : Enfants et adolescents : Pas d'études chez les sujets de moins de 18 ans. • **ZYPREXA Oral :** Schizophrénie : dose initiale recommandée 10 mg/jour. Episode maniaque : Dose initiale 15 mg/jour en une seule prise, en monothérapie ou 10 mg/jour en association. Prévention des récurrences dans le cadre d'un trouble bipolaire : Dose initiale recommandée : 10 mg/jour. Chez les patients traités par ZYPREXA lors d'un épisode maniaque, maintenir ZYPREXA à la même dose. Si un nouvel épisode (maniaque, mixte ou dépressif) survient, poursuivre le traitement par ZYPREXA à la posologie optimale, en associant, selon l'expression clinique de l'épisode, un traitement de la symptomatologie thymique. **Poursuite du traitement :** adaptation ultérieure possible entre 5 et 20 mg) après réévaluation clinique. Patients âgés/insuffisants rénaux et/ou hépatiques : une dose initiale plus faible (5 mg par jour) doit être envisagée. • **CONTRE-INDICATIONS :** Hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un des excipients. Risque connu de glaucome à angle fermé. • **MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI :** • **ZYPREXA IM :** Ne pas administrer l'olanzapine IM aux patients atteints de pathologies instables, tels que infarctus aigu du myocarde, angor instable, hypotension sévère et/ou bradycardie, maladie du sinus, ainsi qu'aux patients ayant subi une chirurgie cardiaque. Pas d'études chez les patients alcooliques ou toxicomanes (cf. interactions). Surveiller étroitement les patients recevant de l'olanzapine intramusculaire, notamment dans les 2 à 4 premières heures après l'injection, afin de vérifier toute apparition d'hypotension, de bradycardie et/ou d'hyperventilation ou de troubles de la conscience. Si besoin d'un traitement par benzodiazépine parentérale, l'administrer au minimum 1 heure après l'injection d'olanzapine IM. En cas d'administration préalable de benzodiazépine, n'envisager l'administration d'olanzapine IM qu'après évaluation clinique et surveillance étroite du patient. • **ZYPREXA VELOTAB :** contient : - aspartam, qui se métabolise en phénylalanine - mannitol - parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle sodés, conservateurs connus pour provoquer de l'urticaire. Généralement, les réactions sont de type retardé, rarement de type immédiat. • **ZYPREXA comprimé enrobé :** contient du lactose. • **ZYPREXA IM et Oral :** Très rares cas d'hyperglycémie et/ou de survenue ou exacerbation d'un diabète, associés parfois à une acidocétose ou un coma, avec parfois une issue fatale. Surveillance clinique appropriée chez les patients diabétiques ou avec facteurs de risque. Faible incidence des effets anticholinergiques par voie orale. Cependant, prudence si pathologie en rapport avec le système cholinergique. Réduction progressive des doses à envisager à l'arrêt du traitement. Administration déconseillée chez les patients parkinsoniens avec psychoses médicamenteuses. L'olanzapine n'est pas indiquée dans le traitement de la démence accompagnée de troubles psychotiques et/ou troubles du comportement et son utilisation chez ce groupe spécifique de patients est déconseillée du fait d'une augmentation du risque de mortalité et d'accidents vasculaires cérébraux, dont certains d'issue fatale. Dans cette population de patients, un âge > 65 ans, une dysphagie, une sédation, une malnutrition et une déshydratation, une pathologie pulmonaire (telle qu'une pneumopathie avec ou sans inhalation) ou une utilisation concomitante de benzodiazépines peuvent être des facteurs prédisposant à une augmentation du risque de mortalité. Néanmoins, indépendamment de ces facteurs de risque, l'incidence de mortalité a été supérieure dans le groupe olanzapine (versus placebo). Un âge supérieur à 75 ans et une démence de type vasculaire ou mixte ont été identifiés comme des facteurs de risque d'événements indésirables vasculaires cérébraux dans le groupe olanzapine. L'efficacité de l'olanzapine n'a pas été démontrée dans ces essais. Possibilité d'élévations transitoires et asymptomatiques des transaminases. Prudence si l'existence d'une pathologie hépatique ou des médicaments associés potentiellement hépatotoxiques. Selon les cas, réduire les doses ou arrêter le traitement. Prudence chez les patients dont le nombre de leucocytes et/ou de neutrophiles est faible ou chez patients à risque. Neutropénies fréquemment rapportées en cas d'administration concomitante d'olanzapine et du valproate. Données limitées sur l'association avec le lithium ou le valproate. Rares cas de Syndrome Malin des Neuroleptiques (SMN). Si évocation de SMN ou hyperthermie inexplicquée, arrêter tous les médicaments antipsychotiques dont olanzapine. Prudence si antécédents de convulsions ou si risque d'abaissement du seuil convulsif. Incidence de survenue des dyskinesies tardives significativement plus faible avec olanzapine orale (études comparatives d'un an ou moins). Réduction posologique voire arrêt du traitement des signes de dyskinesie tardive. Prudence si association avec produits à action centrale et l'alcool. Rares cas d'hypertension orthostatique chez les sujets âgés (olanzapine orale) : mesurer périodiquement la pression artérielle des patients de plus de 65 ans. Essais cliniques avec olanzapine IM : pas d'association à un allongement persistant des intervalles QT (QTa ou QTc). Avec olanzapine orale : Pas d'association à un allongement persistant des intervalles QT absolus. Prudence si co-prescription avec médicaments présentant ce risque notamment chez le patient âgé et les patients à risque. Atteintes thrombo-emboliques veineuses très rarement rapportées (<0,01%) : si patients avec facteurs de risque, mettre en œuvre des mesures préventives appropriées. • **INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :** Prudence chez les patients traités par dépressifs du système nerveux central. Interactions potentielles : avec les produits stimulants ou inhibiteurs spécifiques du CYP1A2. Olanzapine IM : Pas d'étude chez les patients alcooliques ou toxicomanes. Interactions potentielles après IM : augmentation de la somnolence lors de l'association avec lorazépam 2 mg, injecté 1 heure après. • **GROSSESSE ET ALLAITEMENT :** Grossesse : Que si les bénéfices potentiels justifient les risques fœtaux potentiels. Très rares cas syndrome de sevrage chez le nouveau-né. **Allaitement :** Déconseillé. • **EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES ET A UTILISER DES MACHINES :** Risque de somnolence et de vertiges. • **EFFETS INDESIRABLES :** • **Au cours des essais cliniques avec olanzapine IM :** Fréquent (1-10%) : Bradycardie, tachycardie, hypotension orthostatique, hypotension, gêne au point d'injection. Peu fréquent (0,1-1%) : Arrêt sinusal, hypoventilation. • **Au cours des essais cliniques avec olanzapine orale :** Au cours d'essais cliniques chez des patients âgés souffrant de démence, incidence supérieure de décès et d'événements indésirables vasculaires cérébraux versus placebo (cf. rubrique Mises en garde), avec démarche anormale et chutes (> 10%), pneumopathies, augmentation de la température corporelle, léthargie, érythème, hallucinations visuelles et incontinences urinaires (1-10%) rapportés. Très fréquents (>10%) : Prise de poids, somnolence, augmentation de la prolactinémie transitoire, rarement avec répercussion clinique. Aggravation de la symptomatologie parkinsonienne et des hallucinations chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. Tremblements, bouche sèche, augmentation de l'appétit et prise de poids lors de l'association avec le lithium ou le valproate. Fréquents (1-10%) : Asthénie, oedème, éosinophilie, augmentation de l'appétit, hyperglycémie, augmentation de la triglycéridémie, vertiges, akathisie, parkinsonisme, dyskinesie, hypotension orthostatique, effets anticholinergiques légers et transitoires (constipation, bouche sèche), élévations transitoires et asymptomatiques des enzymes hépatiques (ASAT, ALAT), asthénie, oedème, troubles de l'élocution. Neutropénies lors de l'association avec le valproate. Peu fréquents (0,1-1%) : Bradycardie avec ou sans hypotension ou syncope, réaction de photosensibilité, élévation de la créatine phosphokinase. **Notifications spontanées post-commercialisation :** Rare (0,01-0,1%) : leucopénie, convulsions, rash. Très rare (<0,01%) : thrombocytopénie, neutropénie, réaction allergique, hyperglycémie et/ou survenue ou exacerbation d'un diabète (associés parfois à une acidocétose ou un coma, parfois fatals), hypertriglycéridémie, Syndrome Malin des Neuroleptiques (SMN), parkinsonisme, dystonie et dyskinesie tardive, syndrome de sevrage à l'arrêt brutal du traitement, atteinte thrombo-embolique, pancréatite, hépatite, rhabdomyolyse, dysurie, priapisme. • **PHARMACODYNAMIE :** Agent antipsychotique, traitement antimanique et thymorégulateur avec un large profil pharmacologique sur un certain nombre de récepteurs. • **INCOMPATIBILITES :** • **ZYPREXA IM :** Reconstituer uniquement avec de l'eau ppi. **Pour information complémentaire, consulter le dictionnaire VIDAL. • LISTE I - NUMEROS AU REGISTRE COMMUNAUTAIRE DES MEDICAMENTS :** • **ZYPREXA® 10 mg (IM) :** EU/1/96/022/016 - 1 flacon (verre) - CIP 357 543-7 - Agréé collect. • **ZYPREXA VELOTAB :** B/28 - Voie orale : 5 mg : EU/1/99/125/001 - CIP 354 542-1 ; 10 mg : EU/1/99/125/002 - CIP 354 543-8 ; 15 mg : EU/1/99/125/003 - CIP 354 544-4 ; 20 mg : EU/1/99/125/004 - CIP 354 545-0. Agréé collect. • **ZYPREXA comprimés :** Voie orale : 5 mg : EU/1/96/022/004 - B/28 (CIP 342 377-0 - Prix : 61,12 €), 7,5 mg : B/28 (EU/1/96/022/011 - CIP 355 371-6 - Prix : 61,12 €), B/56 (EU/1/96/022/006 - CIP 342 378-7 - Prix : 116,94 €), 10 mg : B/28 (EU/1/96/022/009 - CIP 342 380-1 - Prix : 116,94 €), B/56 (EU/1/96/022/010 - CIP 342 381-8 - exclusivement Collect. CTJ ZYPREXA comprimé (posologie entre 5 et 20mg) : 2,18 à 8,35 Euros. Remb. Sec. Soc. 65% et Agréé Collect. • **LISTE I.** • Date de dernière révision : 4 novembre 2004 • **ZYPREXA IM, CP, VEL, M.L.A. doc.version 04.** • LILLY FRANCE S.A.S. - 13, rue Pages - 92158 SURESNES Cedex - Tél. : 01.55.49.34.34 • Information médicale : 2. Tél. (n° vert) : 08.00.00.36.36 - Pharmacovigilance : Tél. (n° vert) : 08.00.39.46.34. • Société par Actions Simplifiée au capital de 299 307 663 € - R.C.S. Nanterre B 609 849 153.

**ZYPREXA®**  
**Olanzapine**  
**Aller plus loin ensemble**

