

SOMMAIRE

Éditorial p. 1-3

AFP

- Conseil, le 29.01.05 p. 4-5

- Scolarisation à 2 ans :
une fausse bonne idée p. 5

SPF

- Actualité professionnelle :
nouvelle convention,
le point au 01.03.05 p. 6- Formation Médicale Continue
(FMC)... p. 7- Plan « Psychiatrie
et Santé Mentale » p. 7-8- Encore un effort,
Monsieur le Ministre p. 9La place du psychiatre
face au démantèlement des
institutions médico-sociales p. 9-10

Affaire « Le Coteau » p. 11-12

DOSSIER : Les conduites
à risque des adolescents p. 13-16

Liberté sous protocole p. 16-17

Pas de discours sans lecture p. 18-19

- Ouvrages récemment parus
- *Le psychiatre et le travailleur*
- *Les femmes, les hommes, l'alcool :
une histoire d'amour*

Grains de sel psychiatrique p. 19

Courrier des lecteurs p. 22

Petites annonces p. 23-25

Chemins de la connaissance p. 25-27

COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?

Olivier BOITARD

Face aux lourdes difficultés que nous vivons, un plan « psychiatrie et santé mentale » est proposé à la discussion de l'ensemble de la profession. S'il contient une reconnaissance de la psychiatrie (le mot n'est plus tabou), s'il témoigne de quelques avancées, tant que les actes ne suivront pas, nous demeurerons extrêmement vigilants. Car le rouleau compresseur est déjà en route : tarification à l'activité, nouvelle gouvernance, destruction du statut des psychiatres publics, « choix » pour les privés entre conserver les plus bas revenus de tous les médecins ou obtenir une légère augmentation à la charge des seuls patients, refus des pouvoirs publics d'avaliser les conventions signées entre employeurs et psychiatres salariés.

Si on ne sait à quelle sauce, nous sommes sûrs qu'on veut nous dévorer ; certains collègues sont prêts à négocier la qualité de cette sauce, dégraissant par ci, ajoutant quelques épices par là ou se réjouissant que, dans leur magnanimité, les pouvoirs publics proposent une marmite neuve. D'autres, plus nombreux, se rebellent dans un contexte politique et économique défavorable.

La crise de la psychiatrie doit être rattachée aux attaques généralisées contre le « service au public » (qui dépasse largement le service public). Les intérêts des entreprises, et au sein d'elles des actionnaires, priment tout, et les ingénieurs sont dirigés par les financiers comme les médecins des hôpitaux seraient amenés à être placés sous l'autorité directe des directeurs. La santé devient un bien régi par l'Organisation Mondiale du Commerce.

En Europe, peu de forces politiques s'opposent à cette internationalisation marchande de la santé. En France, à droite, le courant qui était attaché à la planification, au patrimoine de l'État et à la protection sociale (en gros le gaullisme historique) pèse de moins en moins face à l'ultra libéralisme. À gauche la social-démocratie est elle aussi de plus en plus infiltrée d'idéologie libérale : le président de la Fédération Hospitalière de France, ardent défenseur de l'hôpital entreprise et qui prône la contractualisation des médecins des hôpitaux au mépris de leur indépendance professionnelle, est un élu socialiste.

La classe politique dans son ensemble a détourné le terme « libéral » de son sens noble : attaché à la liberté (comme profession libérale, psychiatre libéral) pour ne l'employer que dans son acception économique (équivalent de capitaliste).

(suite p. 3)

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ÉVOLUANT DEPUIS AU MOINS 6 MOIS

*Avant, cet homme osait,
il osera à nouveau...*

Inhibiteur de la Recapture de la **Sérotonine** et de la **Noradrénaline**
EFFEXOR[®] **L.P.** 37,5mg
VENLAFAXINE Gélules

REPRENDRE GOÛT À LA VIE.

Wyeth

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

(suite de la p. 1)

COMMENT S'EN SORTIR ?

À côté des forces politiques classiques, se développent des mouvements nationaux et internationaux dont la finalité est la défense des citoyens et de leur santé. La lueur d'espoir vient aussi du renforcement de l'unité de notre profession : quel psychiatre hospitalier ne comprendrait pas qu'une consultation sous-payée en exercice libéral dévalorise *ipso facto* les actes pratiqués dans le public ? Le psychiatre privé sait bien que l'assujettissement des psychiatres des hôpitaux à leur directeur ne précèdera que de quelques mois sa propre soumission à la Caisse d'Assurance-Maladie. La prise en compte du patient comme sujet, le souci de soigner avant de compter, d'écouter avant de prescrire, de réfléchir avant d'appliquer des protocoles, est commun à toute la profession.

Grâce à une meilleure organisation de nos syndicats, les médias ont relayé nos positions lors d'événements majeurs comme les Etats généraux de la psychiatrie de juin 2003 ou le drame de Pau. Si les pouvoirs publics font encore preuve de surdité, nos patients saisissent l'importance que revêt notre indépendance professionnelle pour leur santé.

Il y a près de 25 ans, le Ministre des Affaires Sociales, Nicole Questiaux, déclarait qu'elle n'était pas le « ministre des

comptes ». Nos responsables s'inquiètent-ils aujourd'hui de ce qui devrait être leur ligne politique : la qualité des soins ?

Souhaitons enfin que tous les professionnels de santé et surtout les laudateurs du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ou de son avatar : la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) s'imprègnent de cette réflexion de Claude Martinand, vice-Président du Conseil Général des Ponts et Chaussées (un homme « sérieux » !) : « Plus on compte, plus on compte mal car on ne compte pas tout, et ce qui compte le plus, c'est ce que l'on ne compte pas ».

O. B.

Président du Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie (CASP)

Le CASP regroupe six syndicats d'exercices privé, public, salarié et universitaire :

- Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés ;
- Syndicat National des Psychiatres Privés ;
- Syndicat des Psychiatres Français ;
- Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux ;
- Syndicat Universitaire de Psychiatrie ;
- Union Syndicale de la Psychiatrie.

EFFEXOR[®] LP 37,5 mg. Gélule à libération prolongée. Venlafaxine **FORME ET PRESENTATION** Gélule à libération prolongée à 37,5 mg : boîte de 30, sous plaquettes thermoformées. **COMPOSITION** Venlafaxine (D.C.I.) chlorhydrate, exprimé en base : 37,5 mg par gélule. Excipients : qs Colorants : oxyde de fer rouge (E172), oxyde de fer jaune (E172), oxyde de fer noir (E172), dioxyde de titane (E171). **INDICATIONS** - Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). - Anxiété généralisée, évoluant depuis au moins 6 mois. - Prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire. - Trouble Anxiété sociale (Phobie sociale). **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** **Posologie adulte** : - Episodes dépressifs majeurs : En traitement ambulatoire, posologie initiale habituelle : 75 mg/jour. Augmentation possible après 2 semaines de traitement, en fonction de la réponse clinique, et, si nécessaire, jusqu'à 150 mg/jour. Dans les formes de dépression dites « sévères », posologie recommandée : 150 à 225 mg/jour. L'augmentation des doses peut se faire par paliers de 2 semaines ou plus, en respectant un minimum de 4 jours, en fonction de l'efficacité et des effets indésirables du traitement. Pour des posologies supérieures à 225 mg/j, utiliser la forme à libération immédiate, la dose maximale étant alors de 375 mg/j. **Passage de la venlafaxine à libération immédiate à la venlafaxine à libération prolongée** : Les patients utilisant des comprimés de venlafaxine à libération immédiate peuvent prendre des gélules de venlafaxine à libération prolongée à la même posologie journalière. Dans certains cas, un ajustement de posologie peut être nécessaire. - Anxiété généralisée : Posologie habituellement recommandée : 75 mg/jour, atteinte en 1 à 2 jours. Augmentation possible après 2 semaines de traitement, en fonction de la réponse clinique, par exemple par paliers de 37,5 mg/semaine, et, si nécessaire, élever à 150 mg/jour et jusqu'à 225 mg/jour. - Trouble Anxiété sociale (Phobie sociale) : Posologie recommandée : 75 mg/jour. Des posologies plus élevées, jusqu'à 225 mg/jour, ont été utilisées dans les essais cliniques, sans bénéfice démontré. - Dans tous les cas : Après obtention de la réponse thérapeutique souhaitée, le traitement pourra être progressivement diminué jusqu'à la posologie minimale compatible avec le maintien de l'efficacité et une bonne tolérance. Posologie maximale autorisée pour la forme à libération prolongée : 225 mg/jour. **Durée de traitement** : EFFEXOR LP a démontré son efficacité comme traitement à long terme, jusqu'à 6 mois dans l'anxiété généralisée. EFFEXOR LP a démontré son efficacité comme traitement à court et moyen terme (jusqu'à 6 mois) dans la phobie sociale. L'efficacité à plus long terme n'a pas été démontrée. Le traitement des épisodes dépressifs majeurs, de l'anxiété généralisée et de la phobie sociale généralisée nécessitant généralement une prescription médicamenteuse continue de plusieurs mois, il convient d'en réévaluer périodiquement et au cas par cas les modalités. Dans la phobie sociale, la place de ce traitement vis-à-vis des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) n'a pas été étudiée. La prise en charge globale du patient reste un élément fondamental. **Mode d'administration** : Au cours d'un repas, en une seule prise/jour, à heure régulière, le matin ou le soir. **En cas d'insuffisance rénale et/ou hépatique** : Insuffisance rénale : posologie réduite. Réduction de 50 % si le débit de filtration glomérulaire est inférieur à 30 ml/min. Le produit ne doit pas être administré pendant une dialyse. Insuffisance hépatique modérée : posologie réduite de moitié. Une réduction de plus de 50 % pourra être nécessaire chez certains patients. Il peut être nécessaire d'instaurer le traitement avec les comprimés de venlafaxine à libération immédiate. **Sujet âgé** : Comme avec tout antidépresseur, la vigilance s'impose à l'instauration du traitement ou lors de l'aménagement de la posologie. **Arrêt du traitement** : Décroissance progressive de la posologie pour prévenir la survenue éventuelle d'un syndrome de sevrage (cf. Précautions d'emploi et Effets indésirables) : au-delà d'un traitement de 6 semaines, cette décroissance se fera en 2 semaines au moins. La période de décroissance pourra dépendre de la dose, de la durée du traitement et du patient lui-même. Il sera conseillé au patient de ne pas interrompre de lui-même le traitement. **Prévention des récurrences des épisodes dépressifs majeurs** : Efficacité de la venlafaxine démontrée chez les patients ayant répondu à la venlafaxine lors du dernier épisode. Dans la grande majorité des cas, la posologie recommandée lors du maintien prophylactique est identique à celle utilisée pour traiter l'épisode actuel. Il convient de réévaluer périodiquement le patient ainsi que l'intérêt de la prophylaxie. **Arrêt du traitement prophylactique** : décroissance progressive de la posologie sur une période d'environ 2 semaines, d'autant plus longue que les posologies utilisées auront été élevées et la durée du traitement prolongée. **Pour une information complète, voir Vidal.** **CONTRE-INDICATIONS** Ce médicament NE DOIT JAMAIS ETRE prescrit dans les cas suivants : • Hypersensibilité connue à la venlafaxine. • Enfants ou adolescents de moins de 18 ans. • Association aux I.M.A.O. non sélectifs (ipronazide) (cf. Interactions médicamenteuses). • Allaitement. Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ETRE prescrit dans les cas suivants : • Associations aux sympathomimétiques alpha et bêta (adrénaline, noradrénaline et dopamine) par voie parentérale, aux I.M.A.O. sélectifs A (moclobémide, toloxatone), au linéolide. **MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI** **Mises en garde** : Comme lors de tout traitement par antidépresseur, le risque suicidaire chez les patients déprimés persiste en début de traitement. Les patients traités par venlafaxine doivent être surveillés dans l'éventualité d'une aggravation de l'état clinique et d'un risque suicidaire, notamment au début du traitement et à l'occasion d'un changement de posologie. Le risque de tentative de suicide doit être pris en considération notamment chez tous les patients déprimés. Le rythme des renouvellements de la prescription devra être adapté en conséquence (cf. Effets indésirables). Le trouble Anxiété sociale (Phobie sociale) n'est pas une timidité excessive mais un trouble caractérisé notamment par l'évitement ou la peur perturbant de manière importante les activités professionnelles ou sociales et entraînant une souffrance marquée. Élévation de la pression artérielle dose-dépendante possible, donc surveillance de la pression artérielle nécessaire, notamment à des doses égales ou supérieures à 200 mg/jour (cf. Effets indésirables). En cas d'antécédents de pharmacodépendance : rechercher des manifestations évocatrices d'un abus ou d'un mésusage. La prévention des récurrences dépressives s'adresse à des patients ayant présenté (y compris l'épisode en cours de traitement) au moins trois épisodes dépressifs majeurs, d'intensité modérée à sévère. Deux essais cliniques conduits dans l'épisode dépressif majeur chez des sujets de moins de 18 ans n'ont pas permis de démontrer l'efficacité de la venlafaxine. Par ailleurs, les données de sécurité d'emploi des 4 essais cliniques conduits chez des sujets de moins de 18 ans (dans l'épisode dépressif majeur et dans le trouble anxieux généralisé) mettent en évidence, en particulier au cours d'épisodes dépressifs majeurs, des idées suicidaires ou un comportement auto-agressif (blessure intentionnelle), ainsi que des cas de comportement hostile. **Précautions d'emploi** : Patients épileptiques ou ayant des antécédents d'épilepsie : la survenue des crises convulsives impose l'arrêt du traitement. Patients à pression intra-oculaire élevée ou à risque de glaucome aigu à angle fermé : une surveillance étroite sera à effectuer. En cas de virage maniaque franc : le traitement sera interrompu. Possibilité de survenue d'une hyponatrémie à fortiori lors de la co-prescription avec des médicaments susceptibles d'entraîner cette anomalie, notamment chez le sujet âgé, surtout s'il est dénutri, et chez le cirrhotique. Le risque de saignement cutané ou muqueux peut être augmenté lors d'un traitement par la venlafaxine, en particulier chez les patients ayant des antécédents d'anomalies de l'hémostase et chez les patients traités simultanément par des anticoagulants oraux ou par des médicaments agissant sur la fonction plaquettaire tels que les AINS et l'aspirine. Patients hypertendus ou atteints de cardiopathies : renforcer la surveillance clinique, la venlafaxine étant susceptible d'augmenter la fréquence cardiaque chez certains patients. Insuffisance rénale ou insuffisance hépatique : la posologie devra être réduite, en raison d'un allongement de la durée d'élimination (cf. Posologie et mode d'administration). Alcool : consommation déconseillée, comme avec tout médicament psychotrope. Comme avec d'autres antidépresseurs, syndrome de sevrage possible : diminution progressive de la posologie et surveillance du patient. **Pour une information complète, voir Vidal.** **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES** **Associations contre-indiquées** : I.M.A.O. non sélectif (ipronazide). **Associations déconseillées** : Sympathomimétiques alpha et bêta (adrénaline, noradrénaline, dopamine). I.M.A.O. sélectifs A (moclobémide, toloxatone). Linéolide. **Associations faisant l'objet de précautions d'emploi** : Sympathomimétiques alpha et bêta (adrénaline, noradrénaline, dopamine). **Pour une information complète, voir Vidal.** **GROSSESSE ET ALLAITEMENT** **Grossesse** : Cf. Vidal **Allaitement** : Contre-indiqué. **Pour une information complète, voir Vidal.** **CONDUITE ET UTILISATION DE MACHINES** Comme avec tout psychotrope, il sera conseillé au patient de s'assurer que le traitement est bien supporté. **Pour une information complète, voir Vidal.** **EFFETS INDÉSIRABLES** Incidence et sévérité de la survenue des nausées (évaluées par échelle visuelle analogique) : réduites par 2 ou 3 avec la prise de venlafaxine à libération prolongée comparées à la libération immédiate, chez le volontaire sain et au cours des essais cliniques. **Effets indésirables cliniques les plus fréquents** : nausées, constipation, anorexie, vertiges, sécheresse de la bouche, insomnie, somnolence, nervosité, asthénie, hypersudation (nocturne notamment), troubles de l'éjaculation et de l'orgasme. Une élévation de la pression artérielle, systolique et diastolique, peut être observée sous venlafaxine. Discrète à des doses inférieures à 200 mg par jour, l'incidence de sa survenue est alors similaire à celle observée avec les antidépresseurs imipraminiques ; aux doses supérieures, en particulier de 300 à 375 mg par jour, cette élévation est plus sensible. Il est recommandé de contrôler la pression artérielle des malades traités par la venlafaxine, notamment à des doses égales ou supérieures à 200 mg/jour (cf. Mises en garde). Des élévations du taux de cholestérol ont été observées, notamment en cas d'administration prolongée et/ou à fortes doses. **Effets indésirables cliniques de moindre fréquence** : douleurs abdominales, troubles dyspeptiques, diarrhée, flatulence, vomissements, perte de poids, exceptionnellement prise de poids. • La présence dans les selles de la fraction insoluble des sphéroïdes contenus dans la gélule est possible mais sans valeur pathologique. • céphalées, anxiété, agitation, délire, tremblements, paresthésies, rêves anormaux, • convulsions (cf. Mises en garde), • mydriase, troubles de l'accommodation, • pollakiurie, dysurie, rétention d'urine, • hypotension, hypotension orthostatique, palpitations, poussées de vasodilatation, • diminution de la libido, impuissance, • éruptions cutanées (rash) parfois maculo-papuleuses, érythémateuses, prurit, saignements cutané-muqueux (cf. Précautions d'emploi), **des cas exceptionnels d'érythème polymorphe ont été rapportés**, • alopecies. **Effets indésirables peu fréquents** : • acouphènes. Des cas de syndrome sérotoninergique ont été exceptionnellement observés en association (cf. Interactions médicamenteuses). **Effets indésirables rares observés** : • élévations de transaminases hépatiques et des hépatites. En cas d'anomalie de la fonction hépatique, l'arrêt du traitement s'impose, avec le plus souvent retour à la normale. • hyponatrémies (cf. Précautions d'emploi). **Effets indésirables très rares** : • leucopénies, neutropénies et pancytopenies, • augmentations de la prolactine, • manifestations extra-pyramidales (incluant dystonies et dyskinesies tardives ou non). Des symptômes de sevrage peuvent survenir. **Effets indésirables liés à la nature même de la maladie dépressive** : • levée de l'inhibition psychomotrice, avec risque suicidaire, • inversion de l'humeur avec apparition d'épisodes maniaques, • réactivation d'un délire chez les sujets psychotiques, • manifestations paroxysmiques d'angoisse. **Pour une information complète, voir Vidal.** **SURDOSAGE** Cf. Vidal **PHARMACODYNAMIE** AUTRES ANTIDÉPRESSEURS N06 AX 16. **Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal.** **PHARMACOCINETIQUE** Cf. Vidal **SECURITE PRECLINIQUE** Cf. Vidal **CONDITIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION** Cf. Vidal **Liste I. AMM** 346 563-3 (1998 révisé, janvier 2005). Mis sur le marché en 1999. Prix : 14,29 € (30 gélules) Coût du traitement journalier : 0,95 € (75 mg/jour) Remb. Sec. Soc. à 65 % - Collect. Indication « Trouble Anxiété sociale » : Non remboursable à la date du 31 janvier 2005 (demande d'admission à l'étude). **Wyeth Pharmaceuticals France** 20 rue Robert Nau 41000 Blois **Information médicale** : Cœur Défense Tour A La Défense 4 92331 Paris La Défense Cedex Tél : 01 41 02 70 00 **Pharmacovigilance** : Tél : 01 41 02 79 94

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

CONSEIL DU 29 JANVIER 2005

SOUS LA PRÉSIDENTE DE Christian VASSEUR

Françoise CORET

Le Conseil de cette fin janvier 2005 a d'abord tenu à prendre acte de l'élection de notre Conseiller, Olivier Lehembre, à la vice-présidence de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), ce qui le conduira à en être le Président en 2007 et 2008.

Cette nouvelle a été l'occasion d'un débat de fond sur la politique de l'AFP, débat qui a traversé chacun des points de l'ordre du jour.

O. Lehembre, qui a obtenu le soutien du Conseil, a souligné l'intérêt pour l'avenir d'une présence déterminée et plus écoutée de l'AFP au sein de ce rassemblement souvent sensible dans le passé aux demandes subventionnées de l'ANAES. Celle-ci vient de disparaître pour laisser la place à sa parèdre, la Haute Autorité de Santé (HAS). Peu encline à la régulation recommandée des pratiques et aux consensus, même sous couvert de « qualité des soins », l'AFP souhaite que l'heureuse désignation d'un de ses membres à la tête de la FFP soit l'occasion pour elle de faire entendre ses propositions, en particulier sur les thèmes primordiaux que sont l'évaluation et la formation. Ni l'une ni l'autre ne peuvent être standardisées ou simplement cotées, ne serait-ce que par respect d'une véritable position scientifique dans le champ de la psychopathologie.

La psychiatrie doit pouvoir se faire entendre maintenant de la classe politique, comme elle a su le faire à ses débuts, et faire valoir la clinique là où nos dirigeants semblent avoir actuellement un faible pour une politique de santé de masse, normée et chiffrée. Cette politique fait écho à des répertoires de symptômes dont sont friands – entre autres – les industriels du médicament. Nous avons à faire reconnaître la caractéristique biologique de l'espèce humaine, sa structuration par la parole.

1. JOURNÉES NATIONALES 2005

Le bilan des Journées des 14 et 15 janvier a fait apparaître une certaine baisse du nombre des participants, mais c'était aussi la troisième année consécutive sur le thème « *Penser la psychose* ». Il a été aussi souligné que le prix de l'inscription pouvait être défavorable aux plus jeunes confrères, pourtant en attente d'autre chose que des exposés statistiques si répandus dans les colloques ordinaires.

Il a donc été décidé de faire une enquête chez nos membres et d'utiliser les moyens actuels de faire connaître nos futures journées. Car tous ont été unanimes à se réjouir de la qualité des intervenants et de leurs prestations, y compris dans les tables rondes.

Le Conseil souhaite, dès que possible, l'ouverture de notre journée annuelle non seulement aux équipes soignantes, mais aux autres sciences humaines (sociologie, anthropologie, ...). L'évolution de la société et de la subjectivité nous autorise à inviter un public beaucoup plus large que celui des seuls psychiatres et à proposer de discuter aussi avec d'autres praticiens qualifiés du Social. Rien n'empêchera d'ailleurs que nous puissions aussi organiser un colloque interne avec ceux de nos membres les plus intéressés.

2. JOURNÉES NATIONALES 2006

Elles ont pour titre, encore provisoire, *Les Nouvelles Cliniques*, sont déjà très structurées et ne pourront peut-être pas, de ce fait, mettre en œuvre toutes les décisions précédentes. Mais un effort de mailing sera fait en direction de certaines institutions ou regroupements, comme par exemple les CMPP. Un tarif différent, incitatif, sera réservé aux internes et aux plus jeunes dans l'exercice de la profession. La possibilité de déjeuner sur place sera disjointe de la participation aux exposés, ateliers et tables rondes.

3. JOURNÉES RÉGIONALES 2005

En l'absence de Jean-Louis Griguer, la Journée Régionale d'octobre 2005, à Suze-la-Rousse, n'a pas été discutée.

Celle de Lyon, organisée par Christine Lamothe, aura lieu en partenariat avec le milieu universitaire.

4. 5. 6. SCOLARISATION PRÉCOCE, LES PSYCHOTHÉRAPIES ET LA LOI, POLITIQUE SCIENTIFIQUE DE L'ASSOCIATION

À propos de la journée scientifique du 1^{er} avril (9 h à 13 h) sur le thème de *La scolarisation à 2 ans : une fausse bonne idée*, nos représentants ont demandé au ministère que l'AFP soit chargée d'une mission scientifique à ce sujet.

Le succès de la conférence de presse-débat du 24 novembre dernier au salon du SNC, à laquelle nous avons participé très activement et dont nous avons rendu compte dans *La lettre* de décembre (cf. LLPF n° 140, p. 10), a été remarqué. Évoqué en Conseil des Ministres, il a permis au Président du groupe UMP de l'Assemblée nationale de mettre à la disposition de cette séance de travail, la salle Colbert du Palais-Bourbon.

Il faut ajouter que la situation de la psychiatrie en général et de son exercice hospitalier en particulier est très grave, comme la malheureuse « affaire de Pau », la mise en lumière pour l'opinion publique. Aussi, le Conseil de l'AFP a-t-il mandaté le Président Christian Vasseur pour écrire immédiatement au ministre et souligner la nécessité d'un « Plan de santé mentale » qui ne soit pas une pure planification descen-

dante, condamné comme les précédents à l'échec par erreur méthodologique. Il faudrait au contraire que ce plan annonce une vaste consultation qui tienne compte des doléances élaborées aux *États généraux* de Montpellier et de l'opinion des meilleurs experts qui soient, c'est-à-dire des soignants eux-mêmes.

Tout ceci devrait permettre aussi une rédaction constructive des décrets d'application de l'article 52 du Code Civil, rédaction à laquelle nous restons très vigilants.

C'est aussi l'occasion de rappeler la fondation d'un *Collège de Psychiatrie*, pour l'enseignement et la recherche clinique, comme on peut en trouver l'annonce dans *La Lettre* de janvier (cf. *LLPF* n° 141, p. 5).

7. POLITIQUE ÉDITORIALE DE L'ASSOCIATION

La qualité des débats précédents a nécessité une dépense de temps qui n'a pas rendu possible d'aborder ce point, réservé à un prochain Conseil.

8. SEMAINE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ MENTALE

La Semaine d'Information sur la Santé Mentale va se dérouler du 14 au 19 mars prochain. Elle aura cette année pour thème : « Santé mentale et prévention » et concerne aussi bien les adultes que les enfants, évidemment. L'important dossier qui lui a été consacré dans le numéro de janvier de *La Lettre* a été très apprécié. Béatrice Bennevault, qui en est responsable pour l'AFP, nous a annoncé que cette manifestation débiterait

le 14 à la salle de la Mutualité. Elle a évoqué l'enregistrement d'une vidéo-cassette (comme celle de l'an 2000) dont la diffusion servirait utilement à lancer les débats dans chaque région. Un dossier de presse aura l'avantage de sensibiliser les médias. Si le lancement de la SISM a été à l'initiative de l'AFP, à peu près chaque année un nouveau partenaire est entré dans le comité d'organisation, avec pour avantage de multiplier les moyens techniques dont elle peut tirer parti. Encore faut-il veiller à maintenir une juste coordination.

9. QUESTIONS DIVERSES

Le Conseil prend acte avec satisfaction de l'acceptation du projet de Formation Continue proposé par Roger Salbreux à hauteur de 20 000 €.

Il a, par ailleurs, été heureux de reconnaître, selon l'article 5, alinéa 1 de nos statuts, à Bernard Jolivet le titre de Membre Fondateur de l'AFP. Il en est de même pour nos confrères, Marcel Arditti et Stéphane Geier.

Les statuts de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) sont sans ambiguïté et reconnaissent l'AFP comme membre français de la Section de Psychiatrie de cette Union. Au cas où un adjoint ou suppléant à Lucien Manuceau qui nous y représente s'avérerait nécessaire, le Conseil désigne à l'unanimité pour cette fonction Françoise Coret.

F. C.

COLLOQUE À L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU 1^{er} AVRIL 2005

LA SCOLARISATION À 2 ANS : UNE FAUSSE BONNE IDÉE

Christian VASSEUR
Dans la suite de nos démarches auprès des Pouvoirs Publics et des législateurs, Roger Misès et Roger Salbreux ont rencontré Guy Geoffroy, député UMP et enseignant, sensibilisé par Bernard Accoyer au problème de la scolarisation trop précoce. L'accueil fut très ouvert et l'accord sur les questions de fond acquis d'emblée. Restent les problèmes tactiques d'un amendement venant alourdir un plan de réforme de l'Éducation nationale déjà très chargé.

Guy Geoffroy a accepté d'être Président d'Honneur de la première table ronde du Colloque à l'Assemblée nationale, qui aura déjà eu lieu lorsque *LLPF* de mars paraîtra ; en avril donc à lire le texte du futur amendement.

C. V.

SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS

ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

NOUVELLE CONVENTION : LE POINT AU 01.03.05

Courrier adressé aux membres SPF 2004 et/ou 2005 exerçant en libéral.

Annick FEUGÈRE-ENGEL
François KAMMERER
Claude MANDRY
Pierre STAËL

Cher(e) Collègue,

Ce courrier pour vous donner quelques informations sur la nouvelle Convention^{(1) (2)}.

- Le texte conventionnel définitif est paru au *Journal Officiel* le 13 février 2005.
- Tout spécialiste précédemment conventionné sous le Règlement Conventionnel Minimal (RCM) est considéré tacitement comme y adhérant. Seuls ceux qui souhaiteraient être placés en-dehors de la nouvelle Convention devront adresser à la CPAM, dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité, un courrier recommandé l'en informant.
- Parcours de soins coordonnés, médecin traitant, médecin correspondant, accès spécifique (en cours de négociation pour les psychiatres), accès libre et Dépassements Autorisés (D.A.) n'entreront en application que le 1^{er} juillet. Nous donnerons toutes les informations utiles en temps voulu dans *La Lettre de Psychiatrie Française* ou par courrier spécial aux adhérents, si nécessaire.
- **À partir du 1^{er} mars :**

1. Pour le SECTEUR 1 :

- **Pour les patients de plus de 16 ans : la consultation psychiatrique est de 40 €** [CNPsy (34,30) + MPC (2,70) + MCS⁽³⁾ = 40 €]. Il sera indispensable de coter les 3 sigles (CNPsy + MPC + MCS) sur les feuilles de soins comme pour la télétransmission (vous adresser à votre fournisseur de logiciel pour en connaître les modalités pratiques). La base de remboursement S. S. est de 40 €. Cela devrait probablement se simplifier lors de la mise en place de la CCAM clinique.
- **Pour les patients de moins de 16 ans :** l'article 1 de la Convention, suivant en cela la réforme de l'Assurance-maladie du 13 août 2004, n'inclut pas les ayants droits de moins de 16 ans dans le parcours de soins coordonnés. En conséquence, les suivis les concernant ne peuvent pas comporter de Majoration de soin Coordonné pour les Spécialistes (MCS). Il a été prévu, en contrepartie et **à compter du 1^{er} juillet**, une majoration de la MPC dont le montant intégrera celui de la MCS.

Donc, pour le moment :

- **au 1^{er} mars : la consultation est de 37 €** [CNPsy (34,30) + MPC (2,70) = 37 €], la base de remboursement S.S. est de 37 € ;
- **qui sera portée le 1^{er} juillet à 40 €** [CNPsy (34,30) + MPC (5,70) = 40 €], la base de remboursement S.S. sera de 40 €.

- **Les D.E.** sont applicables dans les mêmes conditions, à savoir « pour circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade ».

2. Pour le SECTEUR 2 : Rien de changé.

- La base de remboursement S. S. reste au même niveau : 34,30 €. Cotation : CNPsy. Possibilité de dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».
- Possibilité de choisir une « option de coordination » que vous trouverez dans le texte conventionnel que vous adresseront les CPAM (au moins 30 % de tarifs opposables avec prise en charge des cotisations sur le mode du secteur 1 dans la proportion effective, mais limitation du montant des dépassements à 15 % de l'acte opposable = 46 €).
- **« L'offre de la télétransmission aux patients »** est reconduite, donc obligatoire. La signature conventionnelle par les syndicats horizontaux lève le boycott de la télétransmission dont le but principal était alors de faire pression contre les Caisses. N'oubliez pas de demander votre aide à l'équipement informatique, pour ceux qui ne l'auraient pas déjà fait précédemment, auprès du Directeur de votre CPAM.

En attendant d'autres informations,

Bien confraternellement.

A. F.-E. – F. K. – C. M. – P. S.

⁽¹⁾ Quelques sigles à connaître :

- D.A. : Dépassement Autorisé.
- D.E. : Dépassement pour Exigence du patient.
- MPC : Majoration Provisoire du Clinicien.
- MCS : Majoration de soin Coordonné pour Spécialiste.
- RCM : Règlement Conventionnel Minimal.

⁽²⁾ Pour les Antilles et la Guyane :

- **Pour les patients de plus de 16 ans : la consultation psychiatrique est de 43,43 €** [CNPsy (37,73) + MPC (2,70) + MCS (3) = 43,43 €]. La base de remboursement S.S. est de 43,43 €.
- **Pour les patients de moins de 16 ans :**
 - **au 1^{er} mars : la consultation est de 40,43 €** [CNPsy (37,73) + MPC (2,70) = 40,43 €], la base de remboursement S.S. est de 40,43 € ;
 - **qui sera portée le 1^{er} juillet à 43,43 €** [CNPsy (37,73) + MPC (5,70) = 43,43 €], la base de remboursement S.S. sera de 43,43 €.

Pour La Réunion :

- **Pour les patients de plus de 16 ans : la consultation psychiatrique est de 46,86 €** [CNPsy (41,16) + MPC (2,70) + MCS (3) = 46,86 €]. La base de remboursement S.S. est de 46,86 €.
- **Pour les patients de moins de 16 ans :**
 - **au 1^{er} mars : la consultation est de 43,86 €** [CNPsy (41,16) + MPC (2,70) = 43,86 €], la base de remboursement S.S. est de 43,86 € ;
 - **qui sera portée le 1^{er} juillet à 46,86 €** [CNPsy (41,16) + MPC (5,70) = 46,86 €], la base de remboursement S.S. sera de 46,86 €.

FORMATION MÉDICALE CONTINUE (FMC)... FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE... ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)... QUELLES SONT LES NOUVELLES DONNES ?

Annick FEUGÈRE-ENGEL

La loi de réforme de la Sécurité sociale d'août 2004 instaure la FMC obligatoire, ainsi que l'EPP ; la nouvelle Convention parue au *Journal Officiel* de février 2005 en donne le signal de départ.

Jusqu'à ce jour, ces deux vocables n'ont jamais déchaîné chez les psychiatres d'euphorie ni de réflexions plus approfondies que le rejet, surtout pour l'EPP, la FMC étant considérée comme allant de soi pour nous.

Cependant, la loi d'août 2004 et la Convention mettent en place des instances et définissent un cadre de travail que nous ne pouvons pas ignorer et dont nous devrions être les acteurs à part entière.

Aussi, nous vous informons et nous vous informerons pour que votre réflexion vienne enrichir la mise en place d'une autre façon de travailler sans y perdre notre âme, car je sais que beaucoup d'entre vous ont cette crainte ; toute nouveauté, toute innovation est angoissante, surtout si nous n'en sommes pas les auteurs. Mais là, nous sommes les auteurs et les acteurs puisque nous avons aux différents niveaux de ces organisations des représentants éminents.

L'élaboration, l'information, la coordination vont être les maîtres mots de ces mois qui arrivent, pour nous permettre que soient en place une FMC et une EPP pertinentes, évolutives, qui correspondent à nos, à vos attentes ; pour cela, nous avons besoin que vous nous apportiez vos réflexions, vos expériences, afin de les mettre en commun et, pour certains d'entre vous, vous aider à les faire valider.

La formation professionnelle conventionnelle :

- a pour finalité d'accompagner les orientations de la Convention et les engagements de la maîtrise médicalisée ;

- s'intègre dans l'obligation de tous les médecins de FMC et d'évaluation de ses pratiques professionnelles.

Ses orientations sont définies par la Commission Paritaire Nationale (CPN) et portent sur :

- l'approfondissement d'une démarche qualité axée sur la *médecine fondée sur les faits probants* ;
- le développement de l'évaluation des pratiques en concertation avec la Haute Autorité en Santé (HAS) ;
- l'amélioration de la pratique médicale reposant sur les priorités conventionnelles et, en particulier, sur les référentiels et recommandations publiés par la HAS ;
- l'accompagnement des médecins dans leurs missions de soins, dans le respect des objectifs prioritaires de Santé Publique ;
- les questions relatives à l'organisation des soins ;
- l'économie de la santé et la prise en compte des conséquences économiques de la pratique médicale ;
- l'informatique médicale afin de contribuer à l'amélioration de la coordination des soins.

La CPN peut déterminer, en concertation avec les instances conventionnelles, des thèmes réservés à des actions de formation interprofessionnelles. Les instances sont constituées :

- Comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle qui va mettre en place la politique de FPC ;
- Conseil scientifique de la formation professionnelle conventionnelle qui est un conseil scientifique et pédagogique.

Le secrétariat du Conseil est tenu par l'UNCAM.

A. F.-E.

PLAN « PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE »

Le SPF tient à saluer le projet de plan « *Psychiatrie et Santé mentale* » présenté le 4 février 2005 par M. Philippe Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Il semble en effet se situer en rupture avec les précédents, dans la mesure où il rétablit, dans son titre même, la « *Psychiatrie du sujet* » comme préoccupation équivalente à cette vision de la « *Santé mentale* », tout aussi nécessaire, mais plus collective et plus générale. Et à le saluer également du fait qu'il se penche

Roger SALBREUX

pour la première fois depuis bien longtemps sur les besoins immenses d'une discipline malmenée et découragée.

Ces motifs de satisfaction ne nous empêchent nullement de remarquer que l'essentiel de ce texte ne fait guère mention de la *psychiatrie libérale*, dont le rôle est pourtant indispensable pour le *décloisonnement* et la *souplesse* de la prise en charge des patients qui sont à juste titre préconisés et ne parle du *secteur associatif médico-social* que comme lieu d'évacuation de malades chroniques qui n'ont pas leur place à l'hôpital, ignorant sa position

déterminante dans le dispositif de soins et tout particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile.

L'appel à un renforcement du *travail en réseau*, à de meilleures articulations et coordinations entre les différentes formes d'exercice de la psychiatrie, nous paraît tout à fait indispensable et rejoint d'ailleurs les thèses qu'a toujours défendues notre syndicat, représentant, dans leur diversité, toutes les modalités du travail psychiatrique. Pour réaliser cet objectif, ce qui *prend du temps*, nous pensons qu'il est préférable de donner l'aisance et les moyens nécessaires à tous les secteurs concernés, plutôt que de créer de nouvelles fonctions ou de nouvelles structures.

À cet égard, il nous semble indispensable de partir du *maillage* existant, constitué entre autres par la *politique de secteur* et d'y associer les autres modalités d'exercice, en mettant par exemple un terme à la paupérisation des psychiatres, la plus mal rétribuée des professions médicales, ainsi qu'à la désertification du secteur médico-social.

Parmi les avancées que nous avons notées, figurent notamment :

- les 2 500 postes créés ;
- l'augmentation à 300 du nombre des internes ;
- le caractère apparemment définitif du *moratoire* sur la fermeture des lits, dans le respect d'une politique d'ouverture rapide et en nombre suffisant des alternatives à l'hospitalisation ;
- la relance de l'investissement immobilier en psychiatrie ;
- l'amélioration de l'accompagnement, par la création en trois ans de 1 900 places ambulatoires et de 1 000 lits résidentiels (MAS et FAM), qu'il est toutefois intéressant de réduire à l'échelle locale pour en mesurer toute l'insuffisance : 29 places par département en moyenne, face à des besoins, on le sait, très supérieurs ;
- le développement d'une concertation de proximité entre les différents acteurs de la psychiatrie ;
- une prise en considération de la qualité des soins psychiatriques aux personnes détenues ;
- l'organisation de campagnes d'information ciblées (dépressions, schizophrénie, TOC).

Parmi les craintes ou les ambiguïtés qui, hélas, subsistent, nous notons tout particulièrement les questions suivantes :

- la démographie psychiatrique permettra-t-elle de trouver les psychiatres indispensables pour combler les postes manquants dans le secteur public et le secteur médico-social associatif (1 500 postes au total) sans songer à l'attractivité des carrières respectives et à leur harmonisation ?
- comment peut-on diminuer les scandaleux *délais d'attente*, tant en consultation qu'en hébergement, sachant que les premiers vont de quelques mois en CMP ou en CAMSP à un an en CMPP et que les seconds atteignent plusieurs années pour les grands psychotiques déficitaires ou régresés, souvent « déportés » loin de leur famille et de leur domicile et jusqu'en Belgique !

- comment, au-delà même de la « concertation de proximité », ne pas faire appel aux psychiatres libéraux, afin de faire un peu plus que de s'occuper des « *bleus à l'âme* », activité où ne craignait pas de les cantonner l'un des plans précédents ; en appliquant par exemple les textes sur les « groupements de coopération sanitaire » de façon à financer les transversalités indispensables ;
- comment peut-on développer une offre médico-sociale adaptée, non seulement aux personnes pour lesquelles l'hospitalisation complète représente une réponse « *inadéquate* », mais aussi à tous les patients concernés, sans psychiatres libéraux et/ou salariés associatifs ? Or, nous ne pouvons envisager pour nos patients une offre sociale et médico-sociale sans soins psychiatriques de qualité ;
- en outre, il convient de ne pas oublier que ce transfert dans le secteur médico-social entraînera des charges qui incombent, le plus souvent, notamment pour les adultes, aux Conseils généraux : quelles assurances avons-nous qu'ils suivront, quel type de prise en charge proposeront-ils et comment la financeront-ils ?
- comment parler d'efforts en faveur de la *pédopsychiatrie*, totalement *sinistrée* dans notre pays, sans dire un mot du rôle du secteur associatif dans ce domaine où il réalise plus de la moitié en volume des actes, aussi bien en *ambulatoire* qu'en *résidentiel*, et ceci dans des conditions d'exceptionnelle pénurie ;
- le recrutement de *trois chercheurs* en 2005 nous paraît vraiment indigne de la psychiatrie et rejoint complètement les conclusions de la Cour des Comptes sur ce sujet dans son rapport de juin 2003.

Le SPF souhaite que ce projet politique, riche de promesses, pragmatique, reçoive effectivement les appuis réglementaires et budgétaires nécessaires à son application, et ceci dans la durée. Nous demeurerons très attentifs à la pérennité de l'augmentation du nombre de places adaptées aux grands malades dépendants et à ce que les effets des concertations et complémentarités nécessaires et attendues entre le secteur libéral, le secteur sanitaire et le secteur médico-social, notamment au niveau de la *pédopsychiatrie* et du handicap psychique, permettent des coopérations respectueuses des missions et des compétences de chacun. Nous espérons qu'il contribuera largement à relancer la motivation d'une profession au bord du découragement.

Nous aimerions participer au dialogue, et restons bien entendu à la disposition du Ministre pour tout échange ou précision qui s'avérerait nécessaire en vue de l'amélioration de ce projet de plan dont nous attendons beaucoup et qui se jugera à ses effets.

R. S.

Texte adressé :

- au Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille,
- à la presse,
- aux Députés,
- aux Sénateurs.

ENCORE UN EFFORT, MONSIEUR LE MINISTRE

Certains éléments du plan « santé mentale » de M. Douste-Blazy vont dans le bon sens, mais les mesures annoncées sont insuffisantes.

Olivier BOITARD

- Nous regrettons d'abord que les psychiatries libérale et salariée, qui soignent une grande partie des malades mentaux, ne soient pas citées.
- Nous nous félicitons des investissements dans les murs, mais les mêmes efforts doivent être consacrés aux alternatives à l'hospitalisation dans la cité.
- Nous nous méfions du développement des réseaux de santé, si c'est pour confiner le psychiatre dans un rôle de diagnostic et d'orientation sans suivi des patients.
- Nous constatons une augmentation promise du nombre d'internes de 245 à 300, mais loin du doublement que nous avons exigé. Le compte n'y est pas.
- Nous approuvons la formation d'adaptation à l'emploi pour les infirmiers et le compagnonnage/tutorat comme mesures d'urgence, mais souhaitons la mise en place

d'une spécialisation en psychiatrie dans le cadre des études d'infirmier(e)s.

- Nous ne pouvons envisager pour nos patients une offre sociale et médico-sociale sans soins psychiatriques.
- Nous veillerons à ce que toute prise en charge des détenus en psychiatrie se fasse dans le respect de leurs droits.
- Nous n'accepterons pas un nouveau statut des psychiatres publics qui aliénerait leur indépendance professionnelle.

Aux États généraux de Montpellier, en juin 2003, notre première exigence était l'individualisation du budget de la psychiatrie, toujours pas réalisée. 200 millions d'euros représentent environ 2 % du budget estimé de la psychiatrie. Ce n'est pas un effort considérable. C'est une reconnaissance, de même que la reprise du terme « psychiatrie » dans le titre de ce plan.

O. B.

Président du Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie (CASP)

LA PLACE DU PSYCHIATRE FACE AU DÉMANTÈLEMENT DES INSTITUTIONS MÉDICO-SOCIALES

NI CAUTION, NI COMPLICE

Chacun sait les dégâts générés par la logique comptable mise en place par les pouvoirs politiques dans le domaine hospitalier public.

Jean-Luc RICO

Cette même logique est, depuis quelques années, appliquée aux établissements médico-sociaux gérés par les associations mais dont le financement provient soit de l'État, soit de l'Assurance-maladie, sous le contrôle des DDASS.

Le patient est devenu client, ses besoins se doivent d'être rationalisés, évalués en termes de coût et non plus en termes de pertinence. Les cadres se doivent de se former au *management* socio-économique, au grand bonheur des cabinets spécialisés, jusqu'alors limités au monde commercial ou industriel. Les outils mis en place au service du soin et générateurs de coûts sont passés au crible de la seule logique comptable : ainsi disparaissent les psychothérapies pour les enfants qui ne parlent pas. De même, point n'est besoin de réunir toute l'équipe, puisqu'un coordinateur s'en fera le

porte-parole. L'infirmier peut fermer plusieurs heures par jour puisque les fausses routes ou les états d'agitation ne sont jamais constants tout au long de la journée. Les hypnotiques peuvent avantageusement remplacer un veilleur sur deux...

Un tel système ne peut se mettre en place qu'avec l'assentiment des associations gestionnaires car ce sont bien elles qui sont garantes du projet d'établissement. Si elles ne se plient pas aux injonctions de la DDASS, celle-ci a la possibilité, par le biais du financement, de les mettre et de les déclarer ensuite en difficulté et d'organiser leur reprise par une association plus soucieuse de la réduction des coûts que de la qualité des soins. Il suffira d'examiner le taux d'expansion des associations pour deviner celles qui ont les faveurs de la DDASS.

ET LE PSYCHIATRE DANS TOUT ÇA ?

Incrédule (ça n'arrive qu'aux autres), individualiste, peu enclin à se plonger dans les arcanes budgétaires, il ne s'alerte... qu'avec retard. Sa place est pourtant stratégique au sein de l'établissement : il est l'interface obligée, en ce qui concerne le

soin, entre le patient, l'association et l'administration. Il est garant du respect du projet d'établissement et de la mise en œuvre du projet de soin individuel. Il est formé à l'analyse des conflits (psychiques mais aussi institutionnels) qui sont la matière première de sa pratique.

La machine à réduction des coûts lancée, elle va aller vite, car tous les acteurs du démantèlement sont en place :

- la nouvelle direction qui ne veut surtout pas entendre parler de ce qui se faisait « avant » mais affirme malgré tout sa volonté de « restructurer » ;
- la nouvelle association gestionnaire qui se soucie avant tout de repérer quel cadre acceptera de participer à « la nouvelle-politique-forcément-nécessaire-pour-assurer-la-pérennité-de-l'établissement » ;
- la DDASS qui détourne pudiquement son regard lorsque les premières conséquences du démantèlement sont portées à sa connaissance.

Dans d'autres situations, le conflit, souvent idéologique (par exemple, places respectives du « médical » et de « l'éducatif ») demeure intra-institutionnel ou se limite à l'association gestionnaire et au psychiatre de l'établissement. La DDASS reste alors assez souvent étrangement passive, arguant alors de son absence de vocation à intervenir dans des affaires de droit privé.

- Le psychiatre aura alors trois choix possibles (j'exclus, peut-être hâtivement, qu'il participe de gaieté de cœur à ce genre d'opération) :
 - démissionner ;
 - assister passivement aux événements ;
 - ou résister en manifestant son désaccord.

Pour que la *démission* ne génère ni le remords d'abandonner sur place ses patients ni le sentiment d'être impuissant à changer le cours des choses, encore faut-il que l'investissement du psychiatre dans sa fonction n'ait pas été trop important ou trop long. Encore faut-il également que ce départ soit clairement explicité à l'employeur et au personnel qui reste.

Assister passivement aux événements offre, bien sûr, l'avantage de conserver (pour un temps du moins) ses fonctions, en se disant que, dépassé par cette réalité, on fera en sorte d'accompagner les patients en essayant de minimiser leur souffrance. Assez rapidement viendra tout de même l'idée qu'à ne rien manifester, on cautionne ce qui se fait.

Résister en manifestant son *désaccord* réclame beaucoup de philosophie, car on n'a jamais vu d'institution ne pas finir par se séparer d'individus qui lui résistent. Il faut aussi un brin de stratégie, car si le but du « résistant » est de changer le cours des choses auxquelles il assiste, il devra être attentif à ne pas s'illusionner sur certaines alliances, celle avec les parents, par exemple, qui, bien que conscients de la dégradation de la prise en charge de leurs enfants, n'en restent pas moins captifs de l'établissement. En effet, l'idée d'un retour au domicile demeure présente en raison de la pénurie et de la tragique

absence de choix des solutions disponibles, qui caractérisent la condition de handicapé dans notre société.

Il devra également envisager qu'il ne peut rien à l'intérieur et que son action ne peut avoir d'effets que portée à l'extérieur, par exemple :

- *Inform*er la CDES ou les collègues demandeurs d'admission ;
- *Tenir au courant* (et bien sûr par écrit) les responsables de l'association et la DDASS ;
- *Témoigner* dans la presse de la politique mise en œuvre.

*Inform*er la CDES ou les collègues des changements intervenus en terme de qualité de prise en charge est bien dans sa fonction. De même, refuser l'admission d'un patient auquel on ne pourra pas dispenser les soins dont il a besoin. Mais cela n'est pas sans risques, car le psychiatre est un salarié, hiérarchiquement dépendant de son Employeur par suite du lien de subordination qui les unit et devant s'interdire tout ce qui pourrait être interprété comme un dénigrement de ce dernier.

Tenir au courant les responsables de l'association et la DDASS des conséquences prévisibles du démantèlement sur l'état de santé psychique et physique des patients ne peut, théoriquement, pas lui être reproché. En effet, ne pas le faire, c'est prendre le risque de s'entendre dire, au premier accident ou à la première plainte (de famille, par exemple) que le psychiatre n'a pas rempli sa fonction.

Témoigner dans la presse de la politique mise en œuvre est un acte à considérer comme « citoyen » à un double titre : d'une part, parce que la démocratie s'accommoderait mal qu'on ne puisse rendre compte de dysfonctionnements touchant un établissement suppléant le service public ; d'autre part, parce qu'il s'agit de l'utilisation de l'argent du contribuable. Mais naturellement, dans ce cas de figure, le psychiatre va être soumis à toutes sortes de pressions :

- « placardisation » ;
- exclusion des réunions essentielles à sa fonction ;
- tentatives de licenciement pour des motifs divers ;
- dénigrement dans les instances réunissant le personnel et les représentants des familles, etc.

Pour rendre compte de ce qui se passe, il devra faire vite, car son temps est compté et ses capacités de survie en milieu hostile ne sont pas plus importantes que pour quiconque.

En fin de compte, quelle que soit la position choisie, vous *quitterez vos fonctions* : soit volontairement en démissionnant, soit en vous disqualifiant pour ne pas dénoncer le démantèlement, soit en étant licencié pour l'avoir fait.

Du point de vue de l'économie psychique et de l'estime de soi-même, le choix me paraît facile.

J.-L. R.

« LE COTEAU », VITRY-SUR-SEINE

UNE AFFAIRE DONT L'ÉPILOGUE DONNE À RÉFLÉCHIR SUR L'AVENIR DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Jean-Claude ARFOUILLOUX
Gilbert DIATKINE
Annette FRÉJAVILLE

Les lecteurs de *La Lettre de Psychiatrie Française* se souviennent-ils encore de cette affaire, vieille de six années, et qui fit un certain bruit à l'époque ? En décembre 1998, trois psychiatres, signataires de cet article, et une psychologue furent licenciés avec une rare brutalité par la direction de l'établissement dans lequel ils travaillaient depuis une trentaine d'années, le Centre « Le Coteau - Georges Amado » à Vitry-sur-Seine. Ce licenciement avait pour motif invoqué la « perte de confiance ». Il fut reconnu « sans cause réelle et sérieuse » par le Tribunal des Prud'hommes, puis par un arrêt de la Cour d'appel de Paris rendu le 17 janvier 2002. Le 15 décembre 2004, la Chambre sociale de la Cour de cassation confirmait le jugement de la Cour d'appel et rejetait le pourvoi formé par la Caisse Régionale d'Assurance-Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF) qui gérait l'établissement au moment des faits. Il avait fallu six années d'une procédure entretenue par les manœuvres de la CRAMIF pour que pût être enfin reconnu le caractère totalement abusif de ce licenciement. En 1999, le Syndicat des Psychiatres Français, ainsi que huit autres syndicats de psychiatres, avaient pris notre défense, et nous saisissons aujourd'hui cette occasion pour les remercier de leur aide précieuse. Car, au-delà des personnes, c'était toute une conception du travail avec les enfants en difficulté et avec leurs familles qui était visée.

Fondé en 1893 par Désiré Bourneville, médecin chef du service des aliénés à l'hospice de Bicêtre, « Le Coteau » n'acquiescèrent véritablement sa vocation thérapeutique qu'après 1948, avec l'arrivée de Georges Amado qui en fit l'un des rares établissements en France où la psychanalyse était utilisée comme une référence pratique et théorique pour l'approche et la compréhension des troubles graves du comportement présentés par certains enfants. Éducateurs, travailleurs sociaux et enseignants spécialisés y avaient développé un art de travailler en commun avec des psychanalystes. Nombre d'analystes connus, comme Denise Braunschweig, Raymond Cahn, Jean Cournut, André Green, Laurence Kahn et bien d'autres y ont travaillé comme psychiatres ou psychothérapeutes. « Le Coteau » a pendant longtemps organisé des colloques scientifiques qui attiraient de nombreux participants. Le travail qui s'y effectuait a donné lieu à plus de deux cents publications, articles et ouvrages spécialisés, notamment de Georges Amado, Jean-Claude Arfouilloux, Gilbert Diatkine, Jacqueline Roy, ou signés collectivement par les membres de l'équipe multidisciplinaire. Ces travaux démontraient que, à la condition de créer un langage commun entre psychanalystes, édu-

cateurs et travailleurs sociaux, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, le traitement des troubles graves du comportement et des difficultés scolaires de la préadolescence, chez des enfants normalement intelligents et vivant dans des situations de désorganisation sociofamiliale, était possible et permettait peut-être une prévention efficace des déstructurations agies plus graves encore survenant à l'adolescence.

Après l'application de la loi de 1975 et des Annexes 24 réglementant le fonctionnement des établissements du secteur médico-social, le statut du « Coteau » devint celui d'un « institut de rééducation » où la voix des professionnels spécialisés (psychiatres, psychologues, éducateurs, travailleurs sociaux) eut de plus en plus de mal à se faire entendre face à la pression de l'administration et des tutelles (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale, CRAMIF). En 1964 déjà, Georges Amado s'était heurté à l'incompréhension de la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie de la Région Parisienne, qui assurait alors la gestion de l'établissement, et de guerre lasse, il avait donné sa démission de médecin directeur, laquelle fut acceptée avec empressement par l'employeur. Le mouvement ne fit ensuite que se renforcer. On « demandait » aux médecins des établissements les plus divers de renoncer à leurs fonctions administratives au profit de gestionnaires qui, comme on a pu le voir un peu partout, ont pris de plus en plus de poids dans le domaine de la santé, privant petit à petit les médecins de leur pouvoir de décision. Le « Coteau » eut la chance d'avoir jusqu'en 1990, avec Guy Trastour, un premier directeur administratif qui avait acquis antérieurement l'expérience de la psychothérapie institutionnelle et qui sut articuler de façon remarquable la verticalité de la machine administrative et l'horizontalité relationnelle nécessaire à la fonction psychothérapeutique de l'institution.

Trois directeurs se succédèrent après le départ de G. Trastour, nommé professeur de psychologie clinique à l'université de Paris 7. Le troisième, Yvan Boutréau, un ancien éducateur converti à l'idéologie de l'« enfant-victime », avait été recruté, comme nous l'apprîmes par la suite, pour opérer dans la maison, éventuellement au prix des licenciements jugés nécessaires, les redressements attendus par les tutelles : limitation du rôle et de la place des médecins psychiatres, considérés comme de simples vacataires soumis à l'autorité du directeur ; renforcement des pouvoirs discrétionnaires du directeur administratif ; application au pied de la lettre des dispositions de la loi de 1975 sur la départementalisation du recrutement des enfants, dont on sait pourtant qu'elles sont inapplicables dans les faits sans un certain nombre d'assouplissements. Dans cette perspective, le « Coteau » devait être

reclassé comme institut de rééducation, où la dimension psychothérapeutique passerait au second plan derrière l'éducatif, recevant des enfants à la semaine, sans prise en considération de ceux d'entre eux qui, exclus et rejetés par leurs familles, ne pouvaient rentrer chez eux pendant les week-ends et les vacances. Nous attendions de ce nouveau directeur qu'il rédige, comme cela lui était demandé, un projet d'établissement permettant de justifier auprès des tutelles les orientations que l'institution s'était choisies. Il n'en fit rien. Au lieu de cela, le plus clair de son travail fut de constituer secrètement un dossier fait de ragots et de calomnies diverses qui pourrait servir contre nous le moment venu. Nous eûmes la surprise de constater par la suite que ce dossier avait été communiqué à notre insu à la CRAMIF et à la DDASS du Val-de-Marne, qui en firent l'usage qu'on sait.

Les faits qui ont été reprochés aux trois psychiatres et à la psychologue congédiés se sont avérés inconsistants, voire dérisoires. Par ce licenciement collectif, le directeur général de la CRAMIF, comme il a tenté de s'en justifier devant une délégation syndicale, entendait « couper des têtes » et casser l'équipe afin que tout rentre dans l'ordre. Il a en effet réussi à décapiter chacun des trois services de l'institution, internat, externat et placement familial spécialisé, en licenciant trois psychiatres parmi les plus anciens dans la maison. Mais l'ordre, pour autant, n'est pas revenu. Dès la fin de l'année 1999, les cinq autres psychiatres, la plupart des travailleurs sociaux et des enseignants spécialisés avaient quitté spontanément l'établissement, non sans s'expliquer publiquement sur leur position et les raisons de leur décision⁽¹⁾.

La Caisse de Sécurité Sociale s'est-elle lancée dans cette procédure interminable et fort coûteuse avec la certitude d'en sortir victorieuse ? Il est permis d'en douter. Quant aux frais de procédure, y compris les dépens, puisqu'elle a perdu avec une constance remarquable les procès successifs qu'elle a engagés contre nous, y compris les dommages et intérêts qu'elle a dû en définitive nous verser, ils peuvent paraître négligeables en regard du déficit global de l'Assurance-

Maladie. Et ne sont-ils pas, de toute façon, supportés par les cotisations de l'ensemble des assurés sociaux ? Certes, peu d'associations peuvent prendre aussi légèrement que la Sécurité Sociale un pareil risque financier, mais la technique du licenciement abusif s'est révélée imparable, car les personnes licenciées n'avaient aucun espoir de réintégration, quelle que fût l'issue de la procédure engagée pour leur défense.

Nous voudrions, pour conclure, attirer l'attention de nos collègues travaillant dans le secteur sanitaire et social sur l'extrême fragilité de leur position juridique face à une administration décidée à aller jusqu'au bout dans son projet de « démedicaliser » les établissements médico-sociaux. Compte tenu de la législation actuelle en matière de licenciement, tout médecin vacataire faisant l'objet d'une telle mesure peut être contraint d'abandonner son travail du jour au lendemain dès réception de la lettre de licenciement, de suspendre sans préavis toutes les prises en charge engagées, sans même pouvoir dire au revoir à ses patients, quand bien même la Justice aura reconnu des années plus tard que son licenciement avait été abusif. Notre licenciement, en réalité, s'inscrivait dans un projet de transformation et de redéploiement des établissements gérés par la CRAMIF et destinés à être regroupés sous la houlette d'une UGECAM (Union générale d'établissements des Caisses d'assurance-maladie). Comment ne pas s'inquiéter, en effet, devant de tels projets, et comment ne pas se demander si nous pouvons continuer à faire confiance à des organismes de tutelle qui semblent s'acheminer vers une « dérive mercantile » des établissements médico-sociaux, comme Roger Salbreux le rappelait récemment, dans *La Lettre de Psychiatrie Française* (cf. LPPF n° 140, p.6-7) ?

J.-C. A. – G. D. – A. F.

⁽¹⁾ Le 15 janvier 2000, nous organisons au Sénat à Paris, avec une grande partie des personnels techniques du « Coteau », un colloque sur le thème *Éducation et maltraitance*. Les actes de ce colloque ont été publiés aux PUF en 2001, dans la collection « *Monographies de la psychiatrie de l'enfant* ».

Les Conférences de L'HÔTEL DE LAMOIGNON (24, rue Pavée - 75004 Paris)

HYPNOSE ET RÊVE, avec François Roustang

23 mai 2005, à 21 h

(nombre de places limité à 90)

Mme M. Dr :

Adresse :

Code postal : Ville :

- s'inscrit :

<input type="checkbox"/> membre AFP/SPF	18 € x	personne(s) =	€
<input type="checkbox"/> non-membre	20 € x	personne(s) =	€
<input type="checkbox"/> étudiant	9 € x	personne(s) =	€

• et règle la somme de € par chèque, établi à l'ordre de l'Association Française de Psychiatrie.

Bulletin d'inscription 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

LES CONDUITES À RISQUE DES ADOLESCENTS

COMPORTEMENTS À RISQUE

L'adolescent passe souvent par des phases d'exploration des possibilités de son corps transformé et de ses nouvelles potentialités psychiques. Les deux registres ne vont pas au même rythme, si bien qu'il est courant d'observer des comportements de mise en jeu du corps (ou que l'adolescent est poussé à la mise en jeu de son corps).

Didier LAURU

L'adolescent tente de prendre possession de son corps et de ses nouvelles possibilités. Surpris par ses capacités fraîchement acquises, tenté toujours plus par des zones interdites, il brûle de s'aventurer toujours plus loin.

Il cherche à faire des folies :

- avec son corps, dans des passages à l'acte ;
- et de son corps, dans des tentatives d'expérimentation avec l'autre sexe.

Les mouvements identificatoires sont assez prégnants à l'âge adolescent, et les exemples contemporains qui leur sont fournis ne manquent pas. La génération de la « glisse », du toujours plus vite plus loin et plus fort, valorise socialement la prise de risque avec un gain de jouissance associé.

De la mise en danger, des comportements ordaliques jusqu'aux attitudes suicidaires, de nombreux adolescents sacrifient l'intégrité de leur corps, et parfois leur vie, à l'autel de ces prises de risques. Le tribut subjectif et social est lourd.

Le désir d'autonomie à l'égard des parents, la recherche de ses limites, de son espace propre portent l'adolescent à aller toujours plus loin dans l'expérimentation, jusqu'à la prise de risque. Existe-il une adolescence sans risque ? Pourquoi cette recherche de l'excès ?

Les limites, les excès, certains adolescents les fréquentent avec une régularité

qui, parfois, confine à la répétition ; comme s'ils suivaient une ligne invisible qui les menait vers la destruction de leur potentiel créateur mais aussi de leur personne. Ils expérimentent des conduites ordaliques, à l'instar de pratiques moyenâgeuses qui s'en remettaient à Dieu pour la culpabilité ou la responsabilité d'un forfait commis. Ces conduites ordaliques sont incarnées par une appétence à la prise de risques, dans divers registres.

L'expérimentation de drogues, en particulier le haschisch, mais aussi actuellement l'ecstasy, la cocaïne, l'héroïne, etc. Leur usage régulier et abusif est à la fois une source de plaisir ou de convivialité, mais aussi d'autodestruction. La dimension transgressive est bien évidemment présente dans cet usage des toxiques, toutes substances illicites. Dans une identification à certains poètes, comme Baudelaire ou Rimbaud, il valorise et idéalise le haschisch.

Il recherche toujours des sensations physiques et psychiques nouvelles. « Les portes de la perception » tentent d'être franchies par ce recours à des substances toxiques. La référence littéraire est requise, avec en premier lieu Aldous Huxley. Ce sont aussi les différents poètes et écrivains qui sont convoqués, anciens comme ses contemporains.

Les adolescents ont recours à des alcoolisations fréquentes et d'une intensité qui relève d'une volonté d'abrutissement, d'approcher non pas l'ivresse mais au-delà : le coma.

Mais la vitesse, la recherche de sensations fortes, la conduite automobile ou des deux-roues dangereuse, et tant d'autres comportements à risque qu'il serait trop long d'énumérer⁽¹⁾, sont autant de recherches désespérées d'adolescents pour se sentir exister.

Certains essayent toutes sortes de sensations, allant jusqu'aux limites de la conscience et de la polyphonie de ces sensations. Cependant veille en eux une appétence à ne pas vivre, à frôler la mort et à se détruire. Freud a repéré la pulsion de mort, qui n'est pas toujours lisible dans la clinique, car elle œuvre rarement à visage découvert. Elle s'exprime régulièrement de façon indirecte, en particulier dans des passages à l'acte qui comportent des mises en danger du corps.

Plus récemment, sont apparues sur les écrans qu'affectionnent particulièrement les adolescents, des images affligeantes auxquelles ils risquent de s'identifier. Certains tentent d'imiter les comportements à risque des Jack Ass, Dirty Sanchez et autres qu'ils voient à la télévision. Ceux-ci montrent des mauvaises blagues de potaches, des comportements intentionnellement à risque, jusqu'à des pratiques franchement masochistes, parfois insoutenables à regarder.

Les adolescents sont dans une passe difficile, en pleine explosion pulsionnelle pubertaire. Il leur est demandé de se conformer aux normes prescrites par la société, alors que leur être tout entier tend vers la satisfaction pulsionnelle immédiate. Jim Morrison prônait dans ses écrits cette aspiration à la satisfaction pulsionnelle immédiate.

« *We want the world and we want it now* »⁽²⁾.

Nous voulons le monde et nous le voulons maintenant. Cette appétence au passage à l'acte, au franchissement de la limite, se retrouve tout au long du parcours d'adolescents rebelles.

La transgression fait partie de la nature du sujet qui essaie, toujours plus loin, de repousser les limites des possibles, du champ de sa castration, ce qu'il

met en œuvre dans des conduites à risque. L'adolescence plus que tout autre âge met en acte cette pratique du risque. Il veut expérimenter les capacités nouvelles de son corps et aussi les modifications, sa position de sujet désirant. Liées à l'effet des problématiques adolescentes, ces modifications ne sont pas perçues par le sujet lui-même dans un premier temps. Il a besoin de se « frotter » aux autres pour éprouver les limites des autres et, ainsi, les siennes. Mais certains d'entre eux poussent au plus loin les limites. Pourquoi certains ont-ils besoin de se cogner contre les parois d'une vitre quand d'autres se contentent de savoir que ces parois existent et acceptent qu'elles incarnent une limite ?

C'est sans doute la position du sujet dans sa propre castration qui est en jeu et qui déterminera son aptitude à respecter la limite ou prendre le risque de la franchir, amenant une efflorescence de passages à l'acte.

Ceux-ci sont souvent à entendre comme une position subjective qui tente de se montrer à soi-même la validité de sa propre existence.

La conquête de l'inessentiel est essentielle pour l'adolescent, pour qu'il éprouve dans sa chair et son psychisme ce qu'est une conquête, et le moindre détail devient essentiel à ses yeux quand il peut paraître dérisoire aux yeux des autres.

Certaines conduites à risque comportent une dimension suicidaire, où la conquête de l'inessentiel peut conduire à la mort.

Les risques inhérents dans la mise en jeu du corps confinent à des conduites suicidaires, le plus généralement déniées par l'adolescent.

Comment la mort peut-elle être à ce point déniée, refoulée par avance, qu'elle attire ? Aller jusqu'aux limites du corps, limites de l'existence, frôler la mort pour mieux se sentir exister. Mourir à la vie et au désir des autres pour mieux renaître à soi-même, fantasmes d'auto-engendrement que l'on retrouve avec une régularité stupéfiante chez nombre d'entre eux.

Les comportements à risque sont donc polymorphes dans leur expression, plus fréquents chez les garçons que chez les filles, dus probablement aux plus grandes capacités d'introspection et de mises en mots chez les filles. Cependant, nous retiendrons l'inflation des automutilations chez les filles, en particulier les scarifications, qui peuvent être lues comme des conduites à risque.

Nous pouvons de même être surpris par l'inventivité des symptômes des adolescents qui viennent interroger les failles inconscientes de leurs parents.

Ces comportements à risque sont difficilement énonçables par le sujet

lui-même, d'autant qu'il s'agit le plus souvent d'un véritable court-circuit de la parole que l'adolescent emprunte dans ces conduites à risque.

Ce qui rend son abord délicat dans la pratique, aussi bien en consultation que dans le cadre d'une psychothérapie, quand des symptômes insistent sur ce versant. La difficulté principale consiste dans la subjectivation et l'éclairage de l'adolescent sur ses mises en danger, quand le déni domine et que la répétition insiste, marquant indirectement la présence souterraine de l'action des pulsions de mort.

D. L.

Psychiatre-psychanalyste, Directeur CMPP Étienne-Marcel, Paris.

Dernier ouvrage paru : La folie adolescente, Denoël, 2004

(1) Citons pour mémoire une liste qui n'est bien sûr pas exhaustive : « jeu » du foulard, rixes ou paris des plus simples (« t'es pas cap ») aux plus élaborés comme dans le film avec James Dean, les scarifications qui se distinguent parfois mal de tentatives de suicide par phlébotomie, les conduites sexuelles à risque, pratiques sexuelles sans préservatifs, en particulier dans des milieux à risque élevé de contamination, la conduite dangereuse avec recherche de vitesse, etc.

(2) Paroles extraites de la chanson « *When the music's over* » sur le premier album : The Doors.

CONDUITE AUTOMOBILE À RISQUE DES VENDREDI ET SAMEDI SOIR ET JEUX DANGEREUX DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

Chaque jour, des enfants, des adolescents, de jeunes adultes se tuent ou restent handicapés à vie en pratiquant divers jeux dangereux, dont la prise de risques délibérés en conduisant des voitures est le plus commun, mais aussi les jeux de

Bernard GIBELLO

foulards, de « petit chef », de la « canette » et bien d'autres.

Les intéressés ne consultent pratiquement jamais un psychiatre, eux-mêmes ou leur entourage ne considèrent pas qu'ils souffrent de troubles mentaux, mais qu'il faut bien que les « jeunes » se distraient. De tout temps, en toutes civi-

lisations, les conduites à risque ont existé, chacun de nous en a pratiqué dans sa jeunesse. Mais elles se multiplient dangereusement depuis une quinzaine d'années et posent un grave problème d'hygiène sociale presque complètement méconnu, dont les conditions de survenue sont très mal connues.

Quelques statistiques sur les conduites automobiles à risque.

Parmi les accidentés en 2001, on relève 17 536 jeunes gens de 18 à 20 ans, dont 5 015 ont été tués ou gravement blessés. C'est la population pour laquelle le risque d'accident de circulation est maximal et évolue défavorablement depuis 1995. Le nombre de jeunes conducteurs accidentés est de 446 tués et 5 910 blessés.

Les facteurs principaux de l'aggravation du risque sont une moins bonne formation aux dangers de la route et de la conduite, l'utilisation de voitures plus rapides, la consommation par les conducteurs d'alcool et de stupéfiants et l'accroissement des prises de risque délibérées.

Les samedis, dimanches et fêtes sont les jours à plus haut risque, représentant la moitié des tués et des blessés graves chez les 18-20 ans.

Essai de compréhension sociologique

- 1) Existe-t-il des relations avec le souci légaliste d'éviter toute cause de danger par le principe de précaution ?
- 2) Ces conduites constituent-elles le contre-pied de l'assurance généralisée contre tous les risques ?
- 3) Ont-elles des liens avec les modalités éducatives très permissives actuelles ?
- 4) Existe-t-il des relations avec les spectacles violents proposés par les médias et les livres ?

Nul ne connaît aujourd'hui les réponses à ces questions : chacune nécessite une enquête psychosociale approfondie qui reste à mener.

Essai de compréhension psychopathologique

Toutes ces violences constituent des conduites irraisonnables et irrationnelles, dangereuses et transgressives, avec un risque de mort. Ce sont aussi des conduites de compétition et de séduction sexuelle et, pour certaines, des occasions d'orgasmes.

L'interprétation usuelle fait appel à la problématique de la castration ou à des équivalents suicidaires. Ces deux hypothèses ne sont ni convaincantes, ni exhaustives, ne serait-ce qu'en raison du fait que s'exposer à des risques graves est une conduite à la mode, indice de connotations culturelles.

Une hypothèse alternative soupçonne des anomalies actuelles des régulations sociales, conduisant à la haine de soi et de la pensée. Selon cette hypothèse, ces comportements exprimeraient un *conflit narcissique* lié à des difficultés actuelles d'élaborer les modifications physiques et psychiques de l'adolescence et seraient en relation avec des mécanismes d'identifications projective et introjective pathologiques.

Conclusion

J'ai fondé un groupe de recherche à ce propos : rejoignez-nous !

B. G.

70310 Faucongy
GibelloB@aol.com

VIOLENCE ET RISQUE À L'ADOLESCENCE

François MARTY
Nathalie
de KERNIER

L'adolescence est caractérisée par la violence des changements qu'occasionne la puberté aux plans somatique et psychique. L'intégration de cette métamorphose emprunte des chemins toujours singuliers qui sont en rapport avec l'histoire personnelle du sujet. Les parents font souvent l'objet d'attaques séductrices ou destructrices, tant ils doivent être rencontrés par l'adolescent dans la confrontation, pour finalement être tués symboliquement. Dans la vignette clinique qui suit, le conflit est déplacé sur les pairs dans des passages à l'acte qui traduisent une quête anxieuse de limites.

Barbara, 12 ans, arrive aux urgences à la suite d'une tentative de défenestration

à l'école qu'elle relate ainsi : « Pendant la récréation, j'ai voulu jouer à Tarzan, j'ai été à la bibliothèque, personne ne m'a vue ; alors j'ai sauté par la fenêtre, je suis arrivée sur le toit, j'ai hésité à sauter et je tremblais ». Aperçue depuis la cour de récréation, elle est ramenée par un professeur. Barbara ne parvient pas à comprendre ce qui s'est passé : « J'ai pensé que je voulais passer par la fenêtre et sauter, sans savoir pourquoi, si j'allais mourir ou pas... mais je sais que je ne l'aurais pas fait, car je ne suis pas assez courageuse ». Ce passage à l'acte est survenu soudainement, sans préméditation et sans idées de mort conscientes auparavant. À l'école, Barbara, comme souvent ces derniers temps, ne s'était pas préparée pour ses contrôles ; elle a obtenu de mauvaises notes qu'elle a d'ailleurs omis de faire

signer à ses parents. Peu avant son geste, elle s'était fâchée avec sa meilleure amie en refusant de suivre son conseil d'imiter la signature des parents ; cela ne s'était pas bien passé la dernière fois, Barbara s'était « fait prendre ». Après cette dispute, elle a eu très peur d'être abandonnée par son amie. « J'ai déjà perdu deux amis l'an dernier qui ont déménagé ». Il s'agissait de sa meilleure amie de l'époque et d'un garçon dont elle était amoureuse, en cachette de sa mère qui la trouvait « trop petite » pour cela. Durant cette même année de séparations, Barbara a eu ses premières règles. Cet événement est banalisé, même si elle dit n'avoir qu'une envie : grandir. « Ma mère ne pourra plus me dire : "Tu ne peux pas faire ci ou ça" ». Le départ de son amie a occasionné une fugue de Barbara

qui voulait la rejoindre. Barbara insulte parfois ses professeurs pour tester leurs limites. « *Je n'ai toujours pas eu de colle, ce qui m'étonne et ce qui étonne tout le monde* ». Elle dit aimer, de manière générale, les sensations de peur. Par ses escapades, elle cherche aussi à fuir son entourage qui fait « trop attention » à elle. Barbara reste très ambivalente par rapport à ses liens familiaux, en particulier à sa mère. Elle sait qu'elle ne peut pas vivre sans elle mais dit aussi : « *le seul truc pour lequel je veux me détacher, c'est l'étouffement* ». Actuellement, elle ne veut pas rester à l'hôpital où elle s'ennuie et où les infirmières ne sont pas assez à ses côtés, à son goût. Par ses fugues, elle réalise qu'elle avait souhaité s'éloigner de sa famille, de peur d'être réprimandée et contrôlée. « *J'hésite entre l'abandon et l'étouffement* ».

Cette vignette clinique montre dans sa banalité même à quel point la recherche du risque durant l'adolescence semble résulter de sentiments violents et contradictoires propres à cette période de la vie, motivés par une double

angoisse de perte et d'intrusion. La peur d'être abandonné peut conduire l'adolescent à agir l'abandon, le sentiment de ne pas être respecté dans son intimité peut le pousser à devenir agressif avec les autres, conduite qui, elle-même, peut nourrir paradoxalement chez l'adolescent le sentiment que c'est lui qu'on abandonne. Ce vécu transparait aussi à travers l'attitude face aux soins. Barbara cherche à se dégager d'un sentiment d'emprise et à maîtriser son existence, tout en regrettant que les adultes ne soient pas plus près d'elle. Pour cette jeune fille, le passage à l'acte semble constituer une défense contre une sensation d'être agie par les transformations corporelles et les émois consécutifs à l'avènement pubertaire. Ce vécu traumatique se retourne ainsi en recherche active d'autres traumatismes, agis par elle, comme ceux que l'on retrouve parfois dans les automutilations. De ces agirs traumatiques induits, l'adolescente peut se sentir ensuite victorieuse et se dire, à l'instar du détenteur de *La Peau de Chagrin* de Balzac : « *Les morts ne*

veulent pas encore de toi ! ». La violence agie traduit ici l'éprouvé de violence interne que l'adolescent ne parvient pas à contenir et à élaborer. La projection sur les objets externes (y compris le corps, considéré ici comme un objet étranger, une peau qui n'est pas sienne) est l'une des solutions trouvées pour faire baisser l'angoisse. La violence serait donc une protection, une défense vitale face à un sentiment de menace. La prise de risque correspondrait, quant à elle, au besoin de s'approprier son nouveau corps pubère, au besoin de dépasser le chagrin (la dépression) lié à l'abandon de son corps d'enfance pour habiter cette nouvelle enveloppe du corps pubère. Mettre en danger sa vie pour s'éprouver vivant, en somme.

F. M.

Psychologue, psychanalyste,
professeur à l'Institut de Psychologie,
Université René-Descartes, Paris 5

N. de K.

Psychologue clinicienne, Paris

LIBERTÉ SOUS PROTOCOLE

Nicole KOEHLIN

Au travers de l'étrange objet qu'est une « conférence de consensus », on a pu voir évoquées récemment les privations de liberté subies par les personnes âgées et handicapées dans les institutions médico-sociales⁽¹⁾. Cette indignité ancienne, qui va s'aggravant, a été ainsi mise en lumière. En même temps que son existence, on apprend qu'une solution de « type expert » a été trouvée, couvrant sous l'éteignoir du consensus la prise de conscience et la délibération tout autant sociale et politique que mérite le problème.

Cette solution a été élaborée par une « structure d'expertise », par essence non démocratique, technocratique, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Le fait qu'elle soit, depuis le 1^{er} janvier, remplacée par la Haute Autorité de santé ne changera sans doute rien au fait qu'elle s'impose dans tous les domaines de la santé, par ses conférences de consensus : il en découle une série de recommandations qui, peu à peu, investissent notre pratique, nous tissent une résille de protocoles dont nous n'aurions qu'à suivre les directives.

Ainsi, l'article du *Monde*, daté du 11 janvier, est intitulé : **Un protocole pour favoriser la liberté** (d'aller et venir des personnes dépendantes). C'est délibérément que j'isole cette partie du titre car elle est totalement paradoxale : produire de la liberté, pour des soignants liés par un protocole. Les protocoles ne peuvent qu'enchaîner. En psychiatrie, en même temps que l'apparition des protocoles de mise en chambre d'isolement et de contention, on voit croître le recours à ce qui s'intitule « techniques de soins » par la magie des protocoles. Ce qui me conduit à une critique radicale du « consensus », manifestation pervertie d'intentions si bonnes et d'une volonté si légitime de lutter contre des situations scandaleuses.

En tant que praticien hospitalier en psychiatrie, je suis directement concernée par l'enfermement et la contention des patients à l'intérieur d'une institution soignante. Il me semble assister à un retour en force des attaches, et j'en crois les protocoles responsables en ce qu'ils nous déposent de pouvoir sur nos pratiques.

L'usage de « conférences de consensus » pour régler des questions essentielles dans le champ de la santé entraîne trois dérives :

- les conférences étant formées d'experts, c'est donc de Science qu'il s'agit, et la Société n'a plus qu'à se retirer. Il n'y a plus de politique, plus de problème moral. Au niveau collectif, c'est la Politique qui s'anéantit ;
- il n'y est pas question de financement. Les recommandations s'imposent aux acteurs de la santé dans une sorte de rationalisation de l'existant, et non aux décideurs. Or, il s'agit bien d'un choix de société qui induit des choix économiques : c'est vraiment un euphémisme de dire qu'il y a un manque criant de personnel soignant dans les institutions et un manque de formation ;
- enfin, les protocoles témoignent d'une vision dangereuse de la médecine comme Science, dévalorisant le subjectif pourtant central dans une relation de soin. Ils pervertissent notre façon de travailler, nous transforment en gratte-papier compulsifs ; en évacuant le questionnement, ils évacuent l'éthique.

Je donnerai ainsi l'exemple suivant, tiré de l'article du 11 janvier :

« Ce risque d'ordre physique (risque de chute, de fugue, par exemple) ou d'ordre psychologique (désorientation, tentative de suicide, automutilation) (doit être) objectivement identifié et évalué. »

L'évaluation du risque ne peut pas être basée sur une objectivité scientifique ; c'est un leurre, il n'y a pas de vérité absolue de ce risque. On doit se servir d'une évaluation dialectique constamment remaniée car liée à notre pratique, y compris dans sa dimension subjective. Elle comprend notre action de soignant, elle tient compte du patient, du contexte humain et matériel.

Autre exemple qui m'amène au problème central, paradigme de cette inquiétante évolution, qui, sous les bonnes intentions consensuelles, fait avancer, masqués, des comportements déshumanisés.

« La contention est ainsi interdite de façon systématique et ne peut être utilisée qu'à titre "exceptionnel", sous prescription médicale, avec réévaluation toutes les trois heures. Quant au confinement dans la chambre, il doit être motivé, porté au dossier de la personne, écrit sur un registre consultable par les autorités de tutelle et faire l'objet d'une information rapide à l'entourage ».

Splendide et redoutable paradoxe : ces phrases autorisent ce qu'elles semblent interdire. L'interdiction générale, immédiatement déniée par les conditions particulières d'un protocole, est ainsi annulée de fait. Toute autorité est enlevée à cet interdit qui nous serait si utile.

Il n'y a rien de naturel à attacher, attacher un vieillard moins encore qu'un « fou ». C'est une contrainte, on se sent tortionnaire. Le sadisme normal de chacun de nous peut trouver à s'exercer, ce qui est très culpabilisant. Dans ces conditions, on doit faire tout un effort intérieur pour garder l'estime de soi-même, se persuader que l'on reste soignant ; il faut alors se détacher du sujet patient, s'en distinguer pour l'observer « objectivement », en aucun cas ne s'identifier à lui. On rend le geste technique, on le « médicalise ». La « contention » est une prescription médicale, ceux qui la prescrivent n'en sont pas les exécutants, et les exécutants, les infirmiers, n'en sont pas les prescripteurs.

Un protocole autorise les soignants à obéir, débarrassés du souci éthique. Or, cela devrait être un absolu qu'imposer une contrainte, une souffrance, une privation de liberté à un patient ne soit jamais fait sans doute, sans questionnement.

Sinon, reste à se considérer comme des machines, soignant d'autres machines. Tout devient insensé : on obéit à des règles, on coche des cases ; on surveille toutes les trois heures. Et pourtant, chacun sait que le problème est ailleurs. Les situations indignes dénoncées dans les institutions de santé sont le plus souvent causées par l'épuisement moral ou physique d'un personnel, en nombre insuffisant, qui se trouve privé d'autonomie et de responsabilité par une hiérarchie que les protocoles viennent encore renforcer. Il nous faut tout au contraire des soignants mieux formés, qui conservent une grande part de maîtrise de leur outil de travail, ainsi que leur responsabilité propre face au patient. Ceci comprend leur faculté de penser de manière problématisée, de créer et non de se résigner à n'agir que sur injonction protocolaire.

N. K.

*Praticien hospitalier en psychiatrie
CH Sainte-Anne*

⁽¹⁾ [http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/TL_LFAL-68KEGA/\\$File/liberte_aller_venir_long.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/TL_LFAL-68KEGA/$File/liberte_aller_venir_long.pdf?OpenElement)

PAS DE DISCOURS SANS LECTURE

OUVRAGES RÉCEMMENT PARUS

Le racisme. Ténèbres des consciences

Hanania Alain AMAR, Thierry FÉRAL
L'Harmattan - 17,50 €

Introduction à la philosophie de Husserl

Renaud BARBARAS
Ed. de la Transparence - 14,50 €

L'échec de la protection de l'enfance

Maurice BERGER
Dunod - 25 €

L'étude expérimentale de l'intelligence: 1903

Alfred BINET
L'Harmattan - 29,50 €

Ey-Lacan: du dialogue au débat ou L'homme en question

Monique CHARLES
L'Harmattan - 17,50 €

La naissance du désir: essai psychanalytique

Jean-Richard FREYMANN
Érès - 23 €

Jouer avec Winnicott

André GREEN
PUF - 18 €

*Contribution à l'étude des accidents mentaux
chez les hystériques: 1893*

Pierre JANET
L'Harmattan - 27 €

La psychanalyse

Daniel LAGACHE
PUF - 8 €

Sociologie et anthropologie

Marcel MAUSS
PUF - 14 €

*Passage au bord de la folie ou Le jeune homme
aux allumettes...*

Annie STAMMLER
L'Harmattan - 8 €

Coq Héron (Le). 179, Tout sur mon père

Érès - 16 €

LE PSYCHIATRE ET LE TRAVAILLEUR

**TORRENTE (J.), « Cheminement de la psychopathologie du travail d'hier et de demain »
Doin, 170 p., 24 €**

Jacques-David
BEIGBEDER

L'ouvrage de notre collègue Joseph Torrente ne se laisse pas aborder facilement. Le travail n'est pas en soi un thème réjouissant et encore moins quand il est considéré sous l'angle de la psychopathologie... L'écriture en est, elle-même, sévèrement maîtrisée, référencée comme il se doit de la part d'un chercheur. Il n'est pas jusqu'à la préface de S.-D. Kipman qui ne contribue dans sa forme à nous désarçonner ! Et pourtant, c'est un ouvrage passionnant. En effet, comme nous le précise finalement Joseph Torrente, le travail est un « objet psychique » au même titre que l'amour. À travers lui, l'homme exprime sa subjectivité qu'un psychiatre averti saura décrypter, et c'est toute la psychiatrie contemporaine qui est balayée dans ce cheminement. Et à chaque étape, la question des limites de l'intervention du psychiatre, du statut

épistémologique de l'institution se trouve posée avec une grande pertinence méthodologique. En effet, ce qui se donne à voir, à travers le rapport au travail, c'est l'idéologie qui sous-tend nos pratiques. Partant, il est possible d'en déduire ce qu'elles seront – et ce qu'elles sont déjà... – dans un environnement de libéralisme triomphant. Les acteurs de cette histoire s'appellent Sivadon, Le Guillant, Follin, Veil, Dejours... et aujourd'hui Torrente qui est responsable de la consultation de psychopathologie du travail de l'élan retrouvé. Il nous en donne sa lecture aujourd'hui, dont la pertinence nous paraît grande. Le caractère didactique de son livre nous aide au travail de repérage de l'histoire de l'institution, notre histoire.

J.-D. B.

LES FEMMES, LES HOMMES, L'ALCOOL : UNE HISTOIRE D'AMOUR

MAISONDIEU (J.), Payot, 2004, 350 p., 20 €

Jean-Yves COZIC

Le docteur Jean Maisondieu, médecin-chef de secteur, nous donne un nouvel ouvrage consacré à une question qui l'intéresse depuis bien longtemps, qu'il avait déjà abordée dans un précédent ouvrage, à savoir l'alcoolisme.

Dans un style très riche et alerte, il développe sa thèse, discutable au demeurant, selon laquelle « des hommes et des femmes, de plus en plus nombreux, sont contraints de se brouiller artificiellement l'esprit, de s'enivrer encore et encore pour aller vers l'autre, aimer l'autre... parce que la peur de l'amour est l'une des caractéristiques majeures de notre société ». Il n'est pas certain que les hommes et les femmes boivent de manière excessive pour l'unique raison qu'ils ont peur d'aimer. Selon le docteur Maisondieu, notre civilisation aurait si peur de l'amour qu'elle essaie de le bannir au nom de la raison.

Ceci étant, il est toujours intéressant de prendre connaissance d'une thèse ainsi développée avec talent, et surtout d'apprécier une fois encore le sens clinique précis de l'auteur qui pratique avec goût l'art classique de rapporter des observations. À une époque où bien des dossiers et des articles se résument à de stériles items, chiffrés en général, il est bien agréable de lire un vrai auteur.

Nous retrouvons aussi dans cet ouvrage les talents de polémiste du docteur Maisondieu lorsqu'il va jusqu'à dire que cette question n'a guère intéressé les psychanalystes. Certains pourtant, non des moindres, se sont attachés à essayer de lire cette psychopathologie complexe de l'alcoolisme.

Un ouvrage en tout cas agréable à lire et qui nous montre l'intérêt de rester au plus près de la clinique.

J.-Y. C.

Le **Prix Pierre Mâle**, attribué tous les deux ans sous l'égide de la Société Psychanalytique de Paris, a été décerné pour l'année 2004 au **Dr André Carel**, psychanalyste membre de la SPP, pour son article **Le processus d'autorité** paru dans la Revue Française de Psychanalyse 2002-1, n° 1

GRAINS DE SEL PSYCHIATRIQUE

PSYCHIATRICUS

Nos collègues ont raison de s'élever contre l'idée de généraliser la scolarité maternelle à 2 ans, ce qui aboutirait à limiter le développement de crèches avec les locaux, le matériel et le personnel qualifié nécessaire. Mais il s'agit plutôt de se battre pour la création des crèches que de critiquer les écoles maternelles et leurs personnels.

Actuellement, les enfants sont accueillis à l'école maternelle entre 2 et 3 ans dans la limite des places disponibles, et à condition que l'enfant ait acquis la maîtrise sphinctérienne (les mères seules qui exercent un emploi sont prioritaires pour cet accueil sélectif). Geneviève Haag dit très bien que l'âge souhaitable de l'accueil à l'école est statistiquement de 2 ans 9-10 mois. Si une minorité peut entrer à l'école à 2 ans 6 mois, il faudrait que les enfants plus lents puissent rester en crèche même un peu au-delà de 3 ans.

Si nous savons le travail remarquable que psychologues et collègues ont pu faire dans les crèches de la région parisienne depuis plus de trente ans, il y a une grande variété de qualité dans les crèches existantes sur le territoire. Le personnel est loin de bénéficier partout d'une formation de base et d'une formation permanente conséquente. Les crèches doivent se développer quantitativement et qualitativement partout.

L'école maternelle française a été longtemps le plus beau fleuron de notre Éducation nationale, avec des institutrices et des inspectrices orientées vers les jeunes enfants, qui mettaient à la fois l'accent sur son côté « maternel » et sur le souci de favoriser le développement et la créativité des enfants. N'étant pas accablées par un programme rigide, les écoles maternelles ont été le lieu où les méthodes d'éducation actives et les « techniques Freinet » ont pu trouver un grand épanouissement. Leur rattachement administratif au cycle élémentaire s'est accompagné de la mise de l'accent sur la préparation du cours préparatoire pour les grands de la maternelle et sur l'intérêt porté aux enfants qui réussissent vite et bien, par rapport à l'aide à apporter aux enfants plus lents ou en difficulté. La situation s'est aggravée depuis une dizaine d'années par l'imposition aux institutrices de maternelle de longues fiches d'évaluation (cela ne vous rappelle rien, collègues ?) qui amènent à objectiver l'enfant face au maître et, comme dans nos hôpitaux, conduisent les personnels à abandonner l'accent mis sur la relation entre ce professionnel-ci et cet enfant-là pour figer les choses dans une position d'expert et d'objet d'expertise. Un souci de prévention a pu servir parfois à justifier cette folie. Victoire – provisoire, j'espère – de l'économie libérale et de son souci exclusif de productivité mesurable aidée dans les sciences humaines par une idéologie dévoyant l'étude légitime du comportement.

P.
(p. c.c. C.N.)

RISPERDALCONSTA[®] L.P., poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée en seringue préremplie (rispéridone). **FORMES ET PRESENTATIONS*** : RISPERDALCONSTA[®] L.P. 25 mg/2 ml, 37,5 mg/2ml et 50mg/2ml, poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée en seringue préremplie. **COMPOSITION** : Rispéridone (DCI) : 25 mg, 37,5 mg ou 50 mg pour un flacon. **INDICATION** : Traitement des psychoses, en particulier des psychoses schizoéphréniques, en relais d'un traitement antipsychotique par rispéridone par voie orale. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** : Réservé à l'adulte. RISPERDALCONSTA[®] L.P. n'a pas été étudié chez l'enfant de moins de 15 ans. RISPERDALCONSTA[®] L.P. sera utilisé uniquement en relais d'un traitement antipsychotique par rispéridone, par voie orale. Compte tenu de l'existence d'une période de latence de 3 semaines pour l'effet clinique après la première injection de RISPERDALCONSTA[®] L.P. (cf. Propriétés pharmacocinétiques), **l'administration de la rispéridone par voie orale à posologie efficace doit être poursuivie pendant les 3 premières semaines de traitement par RISPERDALCONSTA[®] L.P.** RISPERDALCONSTA[®] L.P. doit être administré toutes les 2 semaines par injection intramusculaire profonde dans le muscle fessier à l'aide de l'aiguille sécurisée fournie dans le conditionnement. Les injections se feront alternativement dans chaque muscle fessier. Ne pas administrer par voie intraveineuse (cf. Instructions pour la manipulation). Pour établir la posologie initiale, se référer au tableau d'équivalence posologique entre la rispéridone par voie orale et la forme à libération prolongée ci-dessous. La posologie habituelle est de 25 mg par voie intramusculaire toutes les 2 semaines (CTJ : 8,69 €). Certains patients peuvent bénéficier de doses plus élevées de 37,5 mg ou 50 mg. **La posologie maximale ne doit pas dépasser 50 mg toutes les 2 semaines** (CTJ : 13,64 €). La posologie initiale sera réévaluée après 4 semaines de traitement effectif et éventuellement augmentée. Il existe un délai de 3 semaines entre la modification posologique et l'effet clinique. En cas de réponse clinique insuffisante, 4 semaines après cette modification, la posologie pourra être augmentée une nouvelle fois. La posologie maximale de RISPERDALCONSTA[®] L.P. est de 50 mg toutes les 2 semaines.

Tableau d'équivalence posologique entre la rispéridone par voie orale et le RISPERDALCONSTA[®] L.P.

Dose de rispéridone orale, en mg/jour	Dose de RISPERDALCONSTA [®] L.P. (injection IM profonde) en mg toutes les 2 semaines	CTJ
≤ 2 mg	25 mg *	8,69 €
Entre 2 et 4 mg	25 à 37,5 mg *	8,69 € à 11,19 €
≥ 4 mg	50 mg *	13,64 €

***en poursuivant le traitement par rispéridone orale en cours pendant les trois premières semaines.**

En l'absence de données suffisantes de sécurité d'emploi, chez le sujet âgé, le sujet atteint d'insuffisance hépatique ou rénale, cette forme à libération prolongée de la rispéridone n'est pas recommandée. **CONTRE-INDICATIONS** : Ce médicament NE DOIT JAMAIS ETRE UTILISE dans les situations suivantes : - Patients présentant une hypersensibilité au produit ou à l'un de ses composants, - Femmes allaitant, en raison des résultats précliniques montrant une excrétion du produit dans le lait maternel. **MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI** : Compte tenu du délai de 3 semaines entre l'augmentation posologique et l'effet clinique, une surveillance accrue est recommandée pendant cette période. Chez les patients n'ayant jamais été traités par la rispéridone, il est recommandé d'établir la tolérance à ce produit en administrant de la rispéridone par voie orale avant d'initier le traitement par RISPERDALCONSTA[®] L.P. **Mises en garde** : En raison des propriétés alpha-bloquantes de la rispéridone, une hypotension orthostatique peut survenir, principalement durant la période d'instauration progressive du traitement. Une attention particulière est nécessaire en cas de déshydratation, d'hypovolémie ou de maladie cérébrovasculaire. En cas de survenue d'une hypotension, une réduction de la posologie doit être envisagée (cf. Posologie et mode d'administration). Le rapport bénéfice/risque de la poursuite du traitement par RISPERDALCONSTA[®] L.P. doit être évalué en cas de persistance d'une hypotension cliniquement significative. La rispéridone pouvant induire une tachycardie, elle doit être utilisée avec précaution chez les patients présentant un risque cardiovasculaire connu (en particulier : insuffisance cardiaque, ischémie coronarienne). Des cas d'allongement de l'intervalle QT ont été rapportés dans le cadre de surdosages. En cas de surdosage, la surveillance cardiovasculaire doit commencer immédiatement et inclure une surveillance ECG en continu jusqu'au rétablissement du patient afin de détecter l'apparition de troubles du rythme cardiaque (cf. Surdosage). En raison de ses propriétés antagonistes dopaminergiques, la rispéridone peut induire un risque potentiel de dyskinésie tardive, dont la survenue devra faire envisager l'arrêt de tout traitement par les neuroleptiques. Comme pour les neuroleptiques classiques, la survenue éventuelle d'un syndrome malin (hyperthermie, rigidité

musculaire, troubles neurovégétatifs, altération de la conscience, augmentation des CPK) n'est pas à exclure avec la rispéridone. En cas d'apparition de ce syndrome, il est nécessaire d'interrompre le traitement antipsychotique. Les concentrations plasmatiques de rispéridone sont détectables pendant au moins 6 semaines suivant la dernière injection de RISPERDALCONSTA[®] L.P. La rispéridone peut favoriser une prise de poids. Il sera conseillé aux patients de modérer leur consommation alimentaire, pour prévenir cet inconvénient. **Précautions d'emploi** : Chez les patients présentant une maladie de Parkinson associée ou non à une démence, le risque d'aggravation des symptômes de type parkinsonien ou de survenue d'un syndrome malin des neuroleptiques peut être augmenté. Ainsi, le prescripteur devra évaluer le rapport bénéfice/risque en cas de prescription de neuroleptiques antipsychotiques, y compris de la rispéridone, chez ce type de patient. Dans des essais contrôlés versus placebo réalisés chez des patients âgés déments, une incidence statistiquement plus élevée des événements indésirables cérébrovasculaires incluant des accidents vasculaires cérébraux (dont des décès) et des accidents ischémiques transitoires a été observée chez les patients (moyenne d'âge 85 ans ; extrêmes 73-97 ans) traités par la rispéridone comparativement aux patients recevant du placebo. L'analyse des données poolées de six essais contrôlés versus placebo menés principalement chez des patients âgés (>65 ans) déments suggère un risque de survenue d'accident vasculaire-cérébral dans le groupe rispéridone trois fois supérieur à celui observé dans le groupe placebo. Le mécanisme susceptible d'expliquer cet effet est inconnu. Les neuroleptiques classiques sont connus pour diminuer le seuil épileptogène. Bien que les études cliniques n'aient pas mis en évidence un tel risque avec la rispéridone, la prudence est recommandée chez les patients épileptiques. **INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES*** : Associations déconseillées : alcool, lévodopa, agonistes dopaminergiques. Association faisant l'objet d'une précaution d'emploi : carbamazépine. Associations à prendre en compte : antihypertenseurs, autres déprimeurs du système nerveux central, fluoxétine et paroxétine, valproate. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT*** : Grossesse : Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser la rispéridone pendant la grossesse. Allaitement : L'excrétion de la rispéridone dans le lait maternel n'étant pas documentée dans l'espèce humaine, les femmes recevant de la rispéridone ne doivent pas allaiter. **CONDUITE ET UTILISATION DE MACHINES*** : cf. Vidal. **EFFETS INDESIRABLES** : Au cours des essais cliniques, les effets indésirables associés à des doses thérapeutiques de RISPERDALCONSTA[®] L.P. sont les suivants : **Communs (> 1/100)** : Prise de poids (2,7 kg en un an), dépression, fatigue et symptômes extrapyramidaux. Chez les patients traités par RISPERDALCONSTA[®] L.P. à des doses allant jusqu'à 50 mg, l'incidence des symptômes extrapyramidaux est comparable à celle du groupe placebo. **Moins communs (> 0,1/100)** : Perte de poids, nervosité, troubles du sommeil, apathie, difficultés de concentration, troubles de la vision, hypotension, syncope, rash, prurit, œdème périphérique, réaction au site d'injection. Symptômes liés à une hyperprolactinémie tels que lactation non puerpérale, aménorrhée, troubles sexuels, troubles de l'éjaculation, diminution de la libido et impuissance. Les effets indésirables suivants ont été rapportés occasionnellement : dyskinésie tardive, syndrome malin des neuroleptiques et convulsions. Des modifications hématologiques telles qu'une diminution de la lignée blanche ont été observées. Chez certains patients, une augmentation des enzymes hépatiques a été rapportée. De plus, les effets indésirables suivants ont été rapportés avec la rispéridone orale : constipation, douleurs abdominales, rhinite, incontinence urinaire, priapisme, somnolence, sensations de vertige, insomnie, agitation, anxiété, céphalée, dyspepsie, nausée/vomissements, troubles de la thermorégulation, intoxication à l'eau due soit à une polydipsie ou à un syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique (SIHAD). Des événements cérébrovasculaires, incluant des accidents vasculaires cérébraux et des accidents ischémiques transitoires, ont été rapportés au cours de traitements par la rispéridone (cf. Mises en garde et précautions particulières d'emploi). **SURDOSAGE** : cf. Vidal. **PHARMACODYNAMIE*** : ANTI-PSYCHOTIQUE. Code ATC : N05AX08 (N : système nerveux central). La rispéridone est un antipsychotique neuroleptique appartenant à la classe chimique des dérivés benzisoxazoles. **PHARMACOCINETIQUE** : cf. Vidal. **DONNEES DE SECURITE PRECLINIQUES** : cf. Vidal. **DONNEES PHARMACEUTIQUES*** : Excipients : cf. Vidal. **INCOMPATIBILITES** : RISPERDALCONSTA[®] L.P. ne doit pas être mélangé ou dilué à d'autres médicaments ou solutions que le solvant pour administration fourni avec RISPERDALCONSTA[®] L.P. **DUREE DE CONSERVATION** : 3 ans. **PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION** : cf. Vidal. **NATURE ET CONTENU DE L'EMBALLAGE EXTERIEUR** : cf. Vidal. **INSTRUCTIONS POUR LA MANIPULATION** : cf. Vidal. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE** : **LISTE I. A.M.M.** : 362 491-3 : poudre en flacon (verre) + 2 ml de solvant en seringue préremplie (verre), boîte de 1 ; 362 493-6 : poudre en flacon (verre) + 2 ml de solvant en seringue préremplie (verre), boîte de 1 ; 362 494-2 : poudre en flacon (verre) + 2 ml de solvant en seringue préremplie (verre), boîte de 1. **PRIX** : RISPERDALCONSTA[®] L.P. 25 mg/2 ml : 121,71 € ; RISPERDALCONSTA[®] L.P. 37,5 mg/2 ml : 156,62 € ; RISPERDALCONSTA[®] L.P. 50 mg/2 ml : 190,96 €. Remb. Séc. Soc. à 65 % - Agréé coll. **TITULAIRE DE L'A.M.M.** : JANSSEN-CILAG, 1 rue Camille Desmoulines, TSA 91003, 92787 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX 9. Information Médicale et Pharmacovigilance. Tél. (n° vert) : 0800 25 50 75. Email : medisource@jnjfr.jnj.com

* Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal.

NOUVEAU
Risperdal CONSTA[®] LP
rispéridone SUSPENSION INJECTABLE A LIBERATION PROLONGEE

**Un nouveau
souffle
antipsychotique**



La vie devant



JANSSEN-CILAG
NEUROSCIENCES

Johnson & Johnson

COURRIER DES LECTEURS

LA SANTÉ RESTE LE CONTRADICTEUR ÉTHIQUE DE L'ÉCONOMIE

Can Liem LUONG

Notre discipline connaît ce monde moderne des Chiffres et des Lettres. Si le Verbe fait parler le Sujet et son complément d'Objet, le Chiffre désigne n'importe quel Sujet et Objet d'une qualité et d'une quantité. Le calcul sert à démontrer le discursif et le nombre efface l'humain.

Les hommes ont inventé le Verbe polysémique pour donner un statut souverain et légitime à chacun. Le Chiffre leur ouvre deux fenêtres : le chiffrage qui tient lieu de réalité, et la statistique prévisionnelle des phénomènes. Par cet instrument, tout peut se caractériser sans confusion (le code barre) et être regroupé en nomenclatures conventionnelles (le consensus). Le cas particulier est une donnée aléatoire, erratique. Le Chiffre devient souverain sans laisser paraître l'Étrange et le Surprenant. Entre le Verbe et le Chiffre, le Nombre est plus convaincant car la probabilité le légitime.

Le Chiffre impose son économie réifiante de la performance. L'économie de l'intersubjectif cède devant l'économie chiffrée des états suffisamment bien nommés, circonscrits pour être négociés. L'ambivalence humaine fera le commerce facile du bien-être comme un choix de plus-values à avoir pour avoir encore plus. Les bénéfices psychiques – donc nos désirs – s'identifient aux envies et comportements qui stimulent la consommation. La logique du bonheur étant de prospérer, la santé décline la performance de la jouissance comme une marchandise. Liant en boucle le matériel et l'immatériel, le Chiffre et le Verbe tiennent judicieusement la Liberté en laisse. Le Chiffre sert de fermoir et transforme le Nombre en Numéraire, en niveau de vie.

La maîtrise médicalisée cache un amalgame de compétences. Le médecin porte son deuxième habit de comptable responsable du coût de sa prescription. Certains se sentent déjà puissamment narcissiques de ce pouvoir, à ses yeux reconquis. Il se parera bientôt d'une casquette de police et d'administrateur avec le dossier médical personnalisé. La conception hospitalière s'insinue dans l'acte même de soin. Ce n'est pas en soi une aberration si cette police du gaspillage était totale et fiable, respectant la démarche diagnostique. Un très faible pourcentage de tumeurs porte le cancer du poumon mais le cancéreux aura cette maladie à 100 % quand son médecin dira le diagnostic à coût (coup) sûr après avoir prescrit une radiographie pulmonaire à refaire. Voilà pourquoi nos gouvernants changent leur Verbe. Il n'y a plus de « malades et maladies » – donc de véritables médecins – mais des « usagers

et services rendus ». Le soin s'évalue en satisfactions de la clientèle, et le pronostic en services après-vente. La pathologie – un déficit de la nature – se traite en termes de rentabilité financière et prévisionnelle des dispositifs (hôpitaux, médicaments) et de ses agents productifs (de soins). L'éthique étant évacuée hors champ, la santé sera gérée sans aucune fausse pudeur.

La bonne gestion est de transformer le déficit financier de la Nation en bénéfices privés gérés pour des personnes qui joueront le jeu. Les mêmes arguments justifient la réduction des lits publics au dépend du privé. Où vont les autres « patients » ? Le volant de transfert de ce déficit se sert du tampon différentiel dans l'accès et la disponibilité du pauvre et du riche aux soins. Cela s'évalue en file d'attente, en temps de réponse et en compétence du praticien. Le « Médecin Traitant » sous-traitera le malade vers son correspondant spécialiste et selon son degré d'incompétence réelle ou supposée. Où est l'opinion du malade sur sa maladie ? À l'évidence, l'équation Temps = Argent = Décision fixe davantage cette ségrégation. Il n'y a plus d'égalité républicaine d'accès aux soins.

Que faire ? Réaffirmer la crédibilité du Verbe contre les més-usages de la statistique appliquée au pathologique comme un article de « consommation ». Chiffrer le délai d'attente et le niveau d'insatisfaction des « usagers » malades, par exemple. Le mécontentement est un argument démocratique, électoralement porteur. Ensuite, valoriser le savoir de nos malades par une éthique médicale authentique. Enfin, considérer la maîtrise médicalisée comme simplement une économie de déontologie.

La Morale est universelle pour vivre ensemble. L'éthique ne peut être chiffrée tant elle protège le caractère sacré de l'œuvre humaine. Elle est totale au moment où elle apparaît et sera encore plus totale à l'instant d'après. Nous pouvons conduire maintenant nos actions sur ce dernier terrain de l'Éthique qui placerait nos partenaires, et surtout les économistes, devant leurs propres responsabilités sans aucun écran de chiffres. Les théories des politiciens qui se cachent derrière les chiffres consistent parfois à manipuler ceux qui font de la clinique en les flattant.

Selon la théorie du chaos, un mouvement historique imprévisible est possible.

C.-L. L.

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.

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

(réf. 1846) **13 - MARSEILLE -** Psychiatre **Recherche associé** dans SCM + clinique, beaux locaux dans jardin, quartier résidentiel près corniche. Contact Dr ZERBIB ☎ 04 91 23 30 30 ou 06 62 44 90 02

(réf. 1847) **13 - BOUCHES-DU-RHÔNE -** Psychiatre (55 ans) **Cède cabinet**, cause maladie orient. psychan., très bien situé ds ville du SE proche Méditerranée à débattre. Répondre par fax : 04 42 49 38 47

(réf. 1848) **13 - MARSEILLE -** L'Association J-B Fouque pour l'Aide à l'Enf. **Recrute** pour l'IME et le SESSAD « Les Écureuils » **un psychiatre et/ou pédopsychiatre**, CDI, 0,50 ETP, CCN 66 - Poste à pourvoir rapidement. Adresser votre candid. à M. le Dir. - IME Les Écureuils, 272 av. de Mazargues, BP 6, 13266 MARSEILLE Cedex 08

(réf. 1849) **33 - CADAUJAC -** L'Association ARI **Recrute un psychiatre** pour son Institut de Rééducation enfants 6-12 ans. Poste à pourvoir dès que possible : 0,50 ETP, en CDI, CCN 66 - Envoyer CV et lettre de motivation à M. le Dir. de l'IR Millefleurs, 255 ch. de Millefleurs, 33140 CADAUJAC

(réf. 1850) **59 & 31 - LILLE & TOULOUSE -** Groupe de Cliniques **Recherche psychologue** de formation psychothérapique cognitiviste et/ou analytique formé à la psychothérapie de groupe - Contact Dr FERRARA - courriel : sauveurferraras@wanadoo.fr

(réf. 1851) **75 - PARIS 19^{ème} - À louer** à plein temps dans cabinet de psychomotricité **pièce de 24 m²** (+ salle d'attente commune) - psychiatre ou pédopsy bienvenu - RDC - clair, calme, face au Parc des Buttes-Chaumont - 700 €/mois ☎ 01 42 03 73 97

CHS de MONTÉLÉGER (26) (5 km de Valence)

RECHERCHE

Pour compléter ses équipes médicales

PSYCHIATRES TEMPS PLEIN

2 postes sur le site secteurs adultes
1 poste aux urgences du CH Valence
1 poste en pédopsychiatrie

PSYCHIATRE TEMPS PARTIEL

1 poste en pédopsychiatrie

Adresser candidature et CV

à M. le Directeur
CHS Le Valmont
BP 16 - 26760 MONTÉLÉGER
☎ 04 75 75 60 60

(réf. 1852)

L'Association A.R.I. Gironde (33)

RECHERCHE

UN(E) PSYCHIATRE

Pour l'I.R. d'Ambarès
17 h 30 hebdo - CCN 66

Poste à pourvoir immédiatement

Envoyer lettre de candidature
et CV à :

M. le Président de l'A.R.I.
BP 6

33153 CENON Cedex

Pour précisions sur le poste,
contacter Christine COMTE,
Directrice de l'I.R.

☎ 05 56 38 82 60

(réf. 1853)

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. 1855)

CENTRE HOSPITALIER DE L'AGGLOMÉRATION MONTARGOISE

À 110 kms au Sud de Paris par A6

RECRUTE

Pour son service de PSYCHIATRIE ADULTES
(unité de 15 lits d'hospitalisation libre, consultations ambulatoires)

➤ DEUX PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN (postes prioritaires)

➤ UN ASSISTANT SPÉCIALISTE

Envoyez lettre de motivation et CV : Bureau des Affaires Médicales

658 rue des Bourgoins - 45207 AMILLY
☎ 02 38 95 90 08 - ☎ 02 38 95 90 15

(réf. 1854)



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

(réf. 1856)

AIDAPHI

RECHERCHE

pour l'antenne de
Sully-sur-Loire
du CMPP d'Orléans

Trajets en voiture de service
depuis le CMPP

**UN PSYCHIATRE OU
PÉDOPSYCHIATRE (H/F)**

Références institutionnelles et
psychanalytiques souhaitées

CDI à 0,50 ETP - CCN 66

18 h 30 hebdo sur 3 jours

(base 37 h hebdo

et 6 J. de RTT)

Présence indispensable
les mardis et jeudis matin

Poste à pourvoir le 01.09.05

Envoyer lettre de motivation
et CV à :

Madame la Directrice

CMPP AIDAPHI

1 rue des Bouteilles

45000 ORLÉANS

(réf. 1857)

L'ITEP LE COTEAU

(Institut Thérapeutique Éducatif Pédagogique),
établissement de l'UGECAM IDF
gérant des étabts sanitaires et médico-sociaux

RECRUTE

UN PSYCHIATRE (H/F)

Niveau 685 - Salaire annuel : 25 142 €
CDI - temps partiel (15 h hebdo)

pour son internat (enfants de 6 à 12 ans
2 groupes de 20 enfants).

Entouré(e) d'une équipe dynamique,
vous aurez pour missions principales :

- ⇒ de donner un avis médical sur les admissions
et les sorties,
- ⇒ d'être le responsable du projet thérapeutique,
- ⇒ de recevoir les enfants et leurs familles,
- ⇒ d'animer les réunions de synthèse,
- ⇒ d'assurer le lien avec les intervenants extérieurs.

Formation en psychiatrie ou pédopsychiatrie.

Vous dépendrez aussi de la CCN
des organismes de Sécurité sociale.

Poste à pourvoir le 4 avril 2005.

Merci d'adresser vos CV et LM
à Monsieur EL HADDAD

21 rue Verte - 94400 VITRY-SUR-SEINE

(réf. 1858)

L'E.P.S.M. LILLE MÉTROPOLE

RECRUTE DES PSYCHIATRES

Pour le secteur de psychiatrie générale 59.G.16 (Tourcoing - Neuville-en-Ferrain)

Ces praticiens interviendront, en fonction de leurs attentes et de leurs compétences, sur une à deux structures du secteur, qui comprend :

1 - Unité d'admission HL (18 lits) - HDT et HO (12 lits) située à l'EPSM Lille Métropole en jumelage avec le Secteur 59.G.17 Tourcoing/Mouvoux (Dr LAVAUX). Ces unités d'admissions seront délocalisées en 2006 sur le site de l'Hôpital Général G. DRON dans une nouvelle structure.

2 - CMP - CATTP Tony Lainé, bd Gambetta, 59200 Tourcoing (ville de 120 000 habitants accessible par la rocade ou par le métro) : UF de prise en charge psychothérapique et de réhabilitation des patients porteurs de pathologies lourdes nécessitant une organisation multidisciplinaire des soins. Cette UF est étroitement associée :

- à l'hôpital de jour G 17,
- aux appartements thérapeutiques (ouverture novembre 2004) situés à Tourcoing.

Cette UF gère également la prise en charge des personnes âgées en partenariat avec le CCAS et l'Hôpital Général G. DRON.

3 - Dispositif d'Accueil et de Crise (DAC), CH DRON : Cette UF accueille des personnes en situation de crise individuelle ou familiale. Elle est le lieu d'accueil des sujets présentant des risques suicidaires en articulation avec le Réseau Chaîne de Vie, dispositif permettant à l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux de la ville de Tourcoing d'agir en partenariat pour ces sujets à risque. Le DAC est également le pôle soins du dispositif pour les personnes en situation de précarité sociale. Actuellement situé dans les locaux de consultation médicale du Centre Hospitalier DRON, le DAC intégrera début mars 2005 une nouvelle structure en ville.

Contacts :

Dr Catherine THÉVENON - Chef de Service ☎ 03 20 10 23 30

Mme VITTU - Affaires Médicales et Générales ☎ 03 20 10 22 25

Candidatures à adresser à :

M. HALOS, Directeur EPSM Lille Métropole, BP 10 - 59487 ARMENTIÈRES Cedex

Dr Catherine THÉVENON - Secteur 59.G.16 - EPSM Lille Métropole, BP 10

59487 ARMENTIÈRES Cedex

(réf. 1859)

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 €⁽¹⁾, 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 :

- ⁽¹⁾ • 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

LES CHEMINS DE LA CONNAISSANCE VOUS CONDUIRONT...

RÉUNIONS ET COLLOQUES

EN FRANCE

...AVRIL 2005

à **NANTES, le 9** : L'Université Formation Continue et l'UFR de psychologie organisent une journée d'étude : **Les perversions ordinaires**. Renseignements : Université Formation Continue 2 bis rue Léon Bureau BP 96228 44262 Nantes cedex 2 - Tél. : 02 51 25 07 35 - Fax : 02 51 25 07 20.

à **TOULOUSE, les 8 et 9** : L'Université de Toulouse Le Mirail organise des rencontres : **Troubles des conduites alimentaires et prévention**. Renseignements : TKP' 27 avenue de la Gloire 31500 Toulouse.

à **PARIS, le 10** : Studyrama organise un salon des formations médicales et paramédicales à la Maison de la Mutualité à Paris. Renseignements : Tél. : 0826 30 28 28 (0,15 €/min) - Site : www.studyrama.com/salons

à **PARIS, le 12** : L'Académie des Sciences organise une grande Conférence : **Les défis scientifiques du XXI^e siècle : L'éther et le temps en 1905**. 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 **BRON, le 12** : Jean-Louis Griguer organise un Séminaire de psychiatrie phénoménologique, dans le cadre du DES de psychiatrie, sur la question « Délire et hallucinations » : **Caractérisations onto-phénoménologiques des délires mélancoliques et maniaques**. Renseignements : Jean-Louis Griguer CHS Le Valmont, domaine des Rebatières BP 16 26760 Montéleger - Tél. : 04 75 75 60 23 - Fax : 04 75 75 60 61 e-mail : jeanlouis.griguer@wanadoo.fr

à **LYON, le 13** : Le Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes organise une Conférence : **Devenir sujet dans le groupe : Sujet du groupe, sujet de l'inconscient. Émergences d'une question**. 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 NANTES, le 14 : L'Université Formation Continue et l'UFR de psychologie organisent une journée recherche et formation à la recherche : **Médecine et psychanalyse II, études cliniques : subjectivité et symptôme**. Renseignements : Université Formation Continue 2 bis rue Léon Bureau BP 96228 44262 Nantes Cedex 2 – Tél. : 02 51 25 07 35 – Fax : 02 51 25 07 20.

à PARIS, le 15 : Fil santé Jeunes organise un colloque : **Les filles parlent, les garçons agissent, pour... quoi ?** Renseignements : Tél. : 01 44 93 44 88 – Fax : 01 44 93 44 89 – e-mail : colloque@epe-idf.com – Site : www.epe-idf.com

à PARIS, le 19 : Le Centre de Rencontre de Générations organise une formation : **Risquer la vie**. Renseignements : Centre de Rencontre de Générations Domaine de Mont-Évray 41600 Nouan-le-Fuzelier – Tél. : 02 54 95 66 00 – Fax : 02 54 88 68 16 e-mail : crg@petitsfreres.asso.fr

à LYON, du 20 au 23 : La 5^e Revue Internationale sur les Troubles Bipolaires organise une Conférence : **L'art de soigner les patients souffrant de Troubles Bipolaires**. Renseignements : Russel Pendleton, IRBD 9A, rue Magdala NG3/5DE, Nottingham, Grande-Bretagne. Tél. : + 44 (0) 115 969 2016 – Fax : + 44 (0) 115 969 2017 – e-mail : info@irbd.org – Site : www.irbd.org

à SAINT-MAURICE, le 21 : L'Association ECART organise un Séminaire : **La transmission / psychanalyse : l'impossible objet de la transmission**. Renseignements : Florence Reznik, Hôp. Esquirol 57, rue du Maréchal Leclerc 94413 Saint-Maurice Cedex – Tél. : 01 43 96 62 00 – Fax : 01 43 96 60 71.

à PARIS, le 22 : Le 6^e secteur de psychologie et de psychiatrie de l'enfant du CH Sainte-Anne organise un séminaire : **enfance – parentalité – société**. Renseignements : Colette Braem – Tél. : 01 45 65 81 23 ou 06 82 76 94 54 – e-mail : c.braem@ch-sainte-anne.fr

à BORDEAUX, le 22 : L'Institut Michel Montaigne organise un colloque : **« Agressions sexuelles et inceste, quel avenir pour la victime et sa famille »**. Renseignements : CCOM Santé – Tél. : 05 57 97 19 19 – Fax : 05 57 97 19 15 – e-mail : info@comm-sante.com

... MAI 2005

à PARIS, du 5 au 8 : La Société psychanalytique de Paris organise le 65^e Congrès des psychanalystes de langue française : **La sublimation**. Renseignements : SPP, 187, rue Saint-Jacques 75005 Paris – Tél. : 01 43 29 66 70 – Fax : 01 43 29 10 77 – e-mail : congres@spp.asso.fr – Site : www.spp.ass.fr

à PARIS, le 9 : Le Séminaire de Babel organise à l'amphithéâtre de l'Institut Mutualiste Montsouris une conférence **« Céline. Aspects du dialogue dans Entretiens avec le professeur Y. »**. Renseignements : IMM – Tél. : 01 56 61 69 19 – Fax : 01 56 61 69 18 – e-mail : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

à LYON, le 10 : GREPSY Conférences organise une Conférence : **Le symptôme psychosomatique : quelle place pour la sexualité infantile ?** Renseignements : GREPSY Conférences, Nicole PARET, 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

à PARIS, le 10 : L'Institut Mutualiste Montsouris organise un Séminaire Babel sur **la psychanalyse, littérature et arts : Céline. Aspects du dialogue dans Entretiens avec le professeur Y**. Renseignements : IMM Corinne Dugre 42, bd Jourdan 75014 Paris – Tél. : 01 56 61 69 19 – Fax : 01 56 61 69 18 – e-mail : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

à PARIS, le 10 : L'Association Séminaire de Jean-Jacques Moscovitz organise une réunion : **Détresse dans la civilisation**. Renseignements : L'Association Séminaire de Jean-Jacques Moscovitz – Tél. : 01 43 25 02 11 – e-mail : jjmoscovitz@free.fr

à PARIS, le 11 : Le Quatrième Groupe organise une Conférence : **Les sources inconscientes de la création théorique**. Renseignements : IV^e Groupe 19, bd Montmartre 75002 Paris – Tél./Fax : 01 55 04 75 27 – e-mail : quatrieme-groupe@wanadoo.fr

à BRON, le 11 : Le Docteur Jean-Louis Griguer organise un Séminaire de psychiatrie phénoménologique dans le cadre du DES, sur la question **« Délire et hallucinations » de psychiatrie : Situation du délire paranoïaque**. Renseignements : 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 BORDEAUX, le 13 et le 18 novembre : L'Institut Michel Montaigne et Supervision organisent **deux journées de formation pour des professionnels déjà formés ou sensibilisés à l'approche systémique**. Renseignements : CCOM Santé – Tél. : 05 57 97 19 19 – Fax : 05 57 97 19 15 – e-mail : info@comm-sante.com

à PARIS, le 17 : L'Association lacanienne internationale organise un « cercle d'étude et de recherche sur **la peau et le corps – la peau comme pas tout le corps** » à l'ALI 25, rue de Lille 75007 Paris. Renseignements : www.freud-lacan.com

à PARIS, le 17 : L'Académie des Sciences organise une grande Conférence : **Les défis scientifiques du XXI^e siècle : les plantes supérieures : divines et/ou diaboliques ?** Renseignements : Edouard Brézin, Académie des Sciences, 23, quai de Conti 75006 Paris – Tél. : 01 44 41 44 00 – Fax : 01 44 41 45 50 – e-mail : brezin@academie-sciences.fr ou disc@academie-sciences.fr – Site : www.academie-sciences.fr

à LILLE, le 18 : Le Centre de Rencontre de Générations organise une formation : **Risquer la vie**. Renseignements : Centre de Rencontre de Générations, Domaine de Mont-Evray 41600 Nouan-le-Fuzelier – Tél. : 02 54 95 66 00 – Fax : 02 54 88 68 16 e-mail : crg@petitsfreres.asso.fr

à SAINT-MAURICE, le 19 : L'Association ÉCART organise un Séminaire : **La transmission / psychanalyse : Transmission et inconscient : arrangement généalogique.** Renseignements : Florence Reznik, Hôpital Esquirol - 57, rue du Maréchal-Leclerc 94413 Saint-Maurice Cedex - Tél. : 01 43 96 62 00 - Fax : 01 43 96 60 71.

à NANTES, le 20 : Le Centre de Rencontre de Générations organise une formation : **Risquer la vie.** Renseignements : Centre de Rencontre de Générations Domaine de Mont-Évray 41600 Nouan-le-Fuzelier - Tél. : 02 54 95 66 00 - Fax : 02 54 88 68 16 - e-mail : crg@petitsfreres.asso.fr

à STRASBOURG, le 20 : Parole sans frontière organise une journée : **Clinique interculturelle.** Renseignements : Dr Bertrand Piret - Tél. : 03 88 37 95 45 - e-mail : parole-sans-frontière@noos.fr - Site : www.psy-desir.com/p-s-f

à PARIS, le 23 : Conférence de l'Hôtel de Lamoignon : **Sommeil et rêve avec François Roustang.** Renseignements : AFP 147, rue Saint-Martin 75003 Paris - Tél. : 01 42 71 41 11 - Fax : 01 42 71 36 60 - e-mail : psy-spfafp@wanadoo.fr - Site : www.psychiatrie-francaise.com

à TOULOUSE, le 23 : Le Centre de Rencontre de Générations organise une formation : **Risquer la vie.** Renseignements : Centre de Rencontre de Générations Domaine de Mont-Évray 41600 Nouan-le-Fuzelier - Tél. : 02 54 95 66 00 - Fax : 02 54 88 68 16 - e-mail : crg@petitsfreres.asso.fr

À L'ÉTRANGER

...MAI 2005

à BUDAPEST (Hongrie), les 5, 6 et 7 : L'Association Piotr-Tchaadaev et l'Association des Médecins francophones de Hongrie organisent un colloque « un divan sur le Danube ». Renseignements : J.-Y. Feberey - Tél. : 04 92 10 49 49 - e-mail : piotr-tchaadaev@wanadoo.fr

à FÈS (Maroc), du 6 au 8 : L'Association lacanienne internationale organise un Colloque : **Les trois monothéismes : ce qu'ils ont aujourd'hui en commun.** Renseignements : Association lacanienne internationale, 25, rue de Lille 75007 Paris - Tél. : 01 42 60 14 43 - e-mail : secretariat@freud-lacan.com - Site : www.freud-lacan.com

... JUIN 2005

à VIENNE (Autriche), du 28 juin au 3 juillet : Le World Congress of Biological Psychiatry organise son 8^e congrès mondial. Renseignements : The WCBP 2005 Organising & Scientific Secretariat Mondial Congress Reisebüro Mondial Ges.m.b.H & Co. KG Faulmangasse 4, A-1040 Wien - Tél. : +43 (1) 58804-0 - Fax : +43 (1) 58691-85 - e-mail : wfsbp2005@mondial.at

... JUILLET 2005

à SALVADOR DE BAHIA, OURO-PRESTO et RIO DE JANEIRO (Brésil), du 17 au 27 : Le GRPPSS organise un symposium nomade sur « psychopathologie, culture et parentalité ». Renseignements sur l'organisation scientifique : e-mail : jfortuneau@free.fr ou m.vinograde@freesbee.fr. Renseignements sur l'organisation du voyage : e-mail : benedictED@maisondesameriqueslatines.com

18 nov. 2005, PARIS, Sainte-Anne, Cours Intensif
**L'APPROCHE SYSTÉMIQUE
EN RELATION DUELLE**

19 nov. 2005, PARIS, Esp. Chaligny, Colloque International
**DOUBLE JE, JEUX DOUBLES
DANS LES FAMILLES**

Renseignements :

CECCOF - 96 av. de la République - 75011 PARIS
☎ 01 48 05 84 33 - Mail : ceccof@wanadoo.fr

Voyage d'Études au Mexique du 24.10 au 2.11.05

L'Évolution Psychiatrique
organise dans le cadre du XIX^e Congrès de l'A.P.M.
en Basse Californie son 4^e colloque Franco-Mexicain.

Au cours d'un voyage d'étude
qui visitera Mexico et Oaxaca, Puebla, Querretaro,
magnifiques cités de l'époque coloniale espagnole.

Contact : J.-P. LAUZEL, 1 rue de la Tourelle,
92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

☎ 06 03 03 03 70 - e. mail : odusseus@wanadoo.fr

LA LETTRE

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

Editeur : Association Française de Psychiatrie /
Syndicat des Psychiatres Français (AFP / SPF)
Tirage : 10 800 ex. - Dépôt légal : mars 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

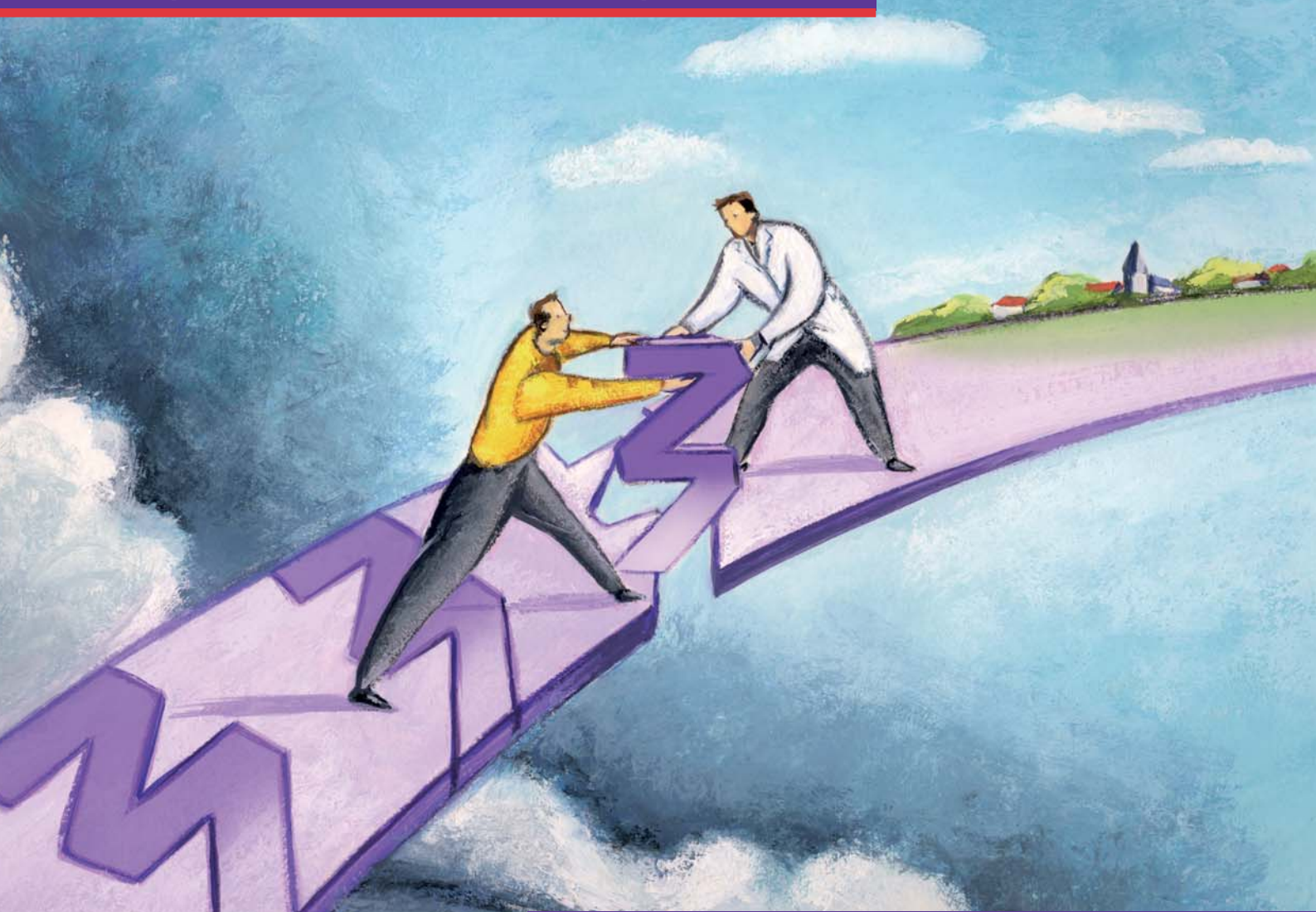
Secrétaire de rédaction et Régie publicitaire :
Sylvie RASPILLÈRE

Annoncesur :

WYETH (Effexor) 2^e couv.
JANSSEN (Risperdal) p. 20-21
LILLY FRANCE (Zyprexa) 4^e 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 inexpliquée, 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 dépresseurs 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 parkinsonnienne 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 : 24h (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

