



de Psychiatrie Française

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

SOMMAIRE

Éditorial	p. 1
Site Internet	p. 2
De l'expertise de la perversion à la perversion de l'expertise	p. 3
AFP	p. 4
- Assemblée générale, le 19.03.05	
- Action de FMC (Paris, 14 et 15 octobre)	p. 5
- Scolarisation à 2 ans : une fausse bonne idée	p. 6
- <i>Le Temps</i> (Suze-la-Rousse, 15 octobre)	p. 7
- <i>Clinique des limites, limites de la Clinique</i> (Paris, 27 et 28 janvier 2006)	p. 8-9
SPF	p. 10
- La nouvelle convention : modes d'emploi	p. 11
- Lettre ouverte de la CHG	
Pingouin(e)s	p. 12
Psychiatrie scientifique : de la relation de soin aux protocoles	p. 12-13
Examen de consciences	p. 14-15
Pas de discours sans lecture	p. 15-16
- À propos de la réhabilitation psychiatrique	
- <i>L'art de réduire les têtes : sur la nouvelle servitude de l'homme libéré, à l'ère du capitalisme total</i>	p. 16-17
- Ouvrages récemment parus	p. 17-18
Céleste	p. 18
Bulletin d'adhésion SPF	p. 19
Courrier des lecteurs	p. 22-23
Grains de sel psychiatrique	p. 24
Petites annonces	p. 24-25
Bulletin d'abonnement LLPF	p. 26
Chemins de la connaissance	p. 26-27

MÉDICO-SOCIAL : DERNIÈRE MINUTE, le 13 mai

Après 4 ans de tergiversations, nous venons d'apprendre une victoire. L'avenant n° 16 de la CCN du 1^{er} mars 1979 a été agréé le 28 avril 2005. Détails dans la prochaine LLPF.

Roger SALBREUX

PAROLES, PAROLES...

Le plan « psychiatrie et santé mentale » vient d'être présenté en Conseil des Ministres par M. Douste-Blazy. Il est présenté comme « un effort sans précédent qui va permettre de combler le retard de la France dans ce domaine et répondre aux attentes des soignants, des patients et de leurs familles » (c'est ainsi que le Ministre nous le présente dans un courrier du 25 avril 2005). Tout est donc pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles ! N'aviez-vous pas réalisé qu'il suffisait d'un peu de mots et de quelques « lignes budgétaires débloquées » pour que la psychiatrie soit enfin sortie d'affaire ?

Jean-Yves COZIC

Voilà qui va réjouir nos collègues libéraux qui se faisaient inutilement du souci en cette période de renégociations diverses. Voilà qui lève toutes les inquiétudes des psychiatres du médico-social qui craignaient une démedicalisation de ce secteur. Voilà enfin qui permet aux psychiatres des hôpitaux d'être pleinement rassurés sur les capacités du service public à rassembler les moyens d'assurer correctement des missions toujours plus nombreuses. Foin de tous ces esprits chagrins qui ne peuvent maîtriser leur inquiétude : le plan « psychiatrie et santé mentale » arrive !

Chacun peut pourtant observer, les pieds dans la glèbe glabre, que tout est loin d'aller bien. À l'heure actuelle, c'est l'hôpital qui semble intéresser le plus les services du Ministre, mais il y a lieu de s'interroger sur leurs intentions. Après avoir imposé un nouveau mode de financement des hôpitaux (qui donne maintenant le vertige à certains de ceux qui en étaient, il y a peu, les thuriféraires), c'est par voie d'ordonnance (et l'on sait quand un politique choisit cette approche plutôt que celle législative qui implique un débat parlementaire) que va être promulguée la gouvernance dont la parure lénifiante cache mal une mécanique néo-libérale. La suite du programme, c'est la « rénovation » du statut des praticiens hospitaliers afin qu'ils soient bien tenus par l'administration. À ce propos, sachez déjà, Monsieur le Ministre, qu'il n'est pas question d'accepter de prescrire sous le diktat de seules considérations comptables, le code de déontologie médicale en serait bafoué !

Et si, au lieu de se payer de beaux discours, chacun revenait aux évidences de la réalité ?

J.-Y. C.



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

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

Consultez notre site Internet :

www.psychiatrie-francaise.com

@ : psy-spfafp@wanadoo.fr
E-MAIL

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

 **La Lettre de Psychiatrie Française**


Journal mensuel : actualités, informations, humour

 **Psychiatrie Française**


Revue scientifique trimestrielle

 **Journées Scientifiques**

Journées d'études nationales et régionales AFP


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

Du 14 au 19 mars 2005

 **Annuaire des Psychiatres Français
XV^e édition (2001 - 2002)**

Les psychiatres dans tous leurs états

 Mise à jour individuelle

 Mise à jour des secteurs psychiatriques

 **Amendement Accoyer**

Les psychothérapies et la loi

Syndicat des Psychiatres Français

 Bulletin d'adhésion

 Statuts et Règlement intérieur

 Conseillers et membres du Bureau (2004-2006)

 Actualité professionnelle

Association Française de Psychiatrie

 Bulletin d'adhésion

 Statuts et Règlement intérieur

 Conseillers et membres du Bureau (2004-2006)

Association Franco-Polonaise de Psychiatrie

DE L'EXPERTISE DE LA PERVERSION À LA PERVERSION DE L'EXPERTISE

L'article de Pierre Lamothe ouvre le dossier de l'expertise, à paraître dans nos prochains numéros. D'emblée, il précise ou rappelle les limites, les contradictions, les apories, les paradoxes, voire les compromissions de ce qui est aussi un travail nécessaire et un acte médical.

N.D.L.R.

Pierre LAMOTHE

Le lecteur est prié de voir dans ce titre avec syntagmes à permutation, quasi figure imposée des colloques de psychiatres des hôpitaux, un clin d'œil illustrant un des points de mon sujet : l'expertise mise à mal par ses pratiquants et commanditaires dont je suis ; on doit faire avec son idéologie !

« Pour la patrie, la science et la gloire »... On pourrait paraphraser la devise de Polytechnique pour idéaliser les motivations de l'expert. Et l'argent alors ? Las ! Il y a longtemps que l'expertise honnête ne nourrit plus son psychiatre. Ils sont sept pour cent seulement à accepter de faire des expertises judiciaires et, parmi eux, bien peu viennent de la pratique privée, avec le risque d'une monoculture du service public et surtout de la spécialisation des « serial experts » (D. Zagury) qui contournent la faible rentabilité par le nombre permis par leurs certitudes intellectuelles et/ou le copier-coller de leur traitement de texte. Ils y perdent chemin faisant leur crédibilité hospitalière et la légitimité que seule confère la pratique clinique.

Pour la science ? La psychiatrie « actuarielle » avec ses échelles la revendique et demain la biologie, l'imagerie : ce qui se compte apparaît plus lisible, plus objectif et plus reproductible (c'est faux !), et d'autorité scientifique plus grande que la psychiatrie clinique. Mais les psycho-dynamiciens environnementalistes ne sont-ils pas aussi souvent dogmatiques ? Déterminisme abusif, interprétations extensives, manque de rigueur et manque de dialogue avec les neurosciences vont à l'inverse du sens de leur démarche et aboutissent, par exemple, à nier le fait psychique en réparation du dommage corporel ou à contaminer le civil par le pénal aux affaires familiales. L'expert ne s'autorise que de lui-même, mais la perversion commence quand, suffisant et insuffisant dans son narcissisme grandiose, il se veut solitaire sans se soumettre à un œil tiers, même virtuel, finissant par habiller tous ses expertisés du même costume. La perversion est pire encore quand il prétend s'effacer derrière son savoir, disant s'y soumettre au nom d'une vérité qu'il ne ferait que transcrire. Comme si l'expertise n'était pas subjective !

Pour la gloire ? Il est vrai que si l'on ne soigne pas la dépression par vitamino-thérapie, on peut escompter de l'expertise pour accéder à la célébrité de ses clients et à la télévision. Le

procès d'Outreau a montré les limites de l'exercice et naufragé les experts avec l'institution judiciaire. Qu'il est tentant de « faire l'expert » dans le sens du vent ou dans l'attente des juges sans même avoir réfléchi à sa propre position sur les limites de la morale, du droit et de la santé psychique. Nous avons rempli les prisons de malades mentaux, validé le dernier racisme politiquement correct à l'égard des délinquants sexuels, aussi bien en prescrivant leurs soins comme peine qu'en les déclarant incurables, mais souvent en entérinant le piège dans lequel on nous place d'une expertise aussi contestable qu'absolue.

Pour la patrie ? Au moins pour la justice ? Le paradoxe de l'expertise est que l'on n'y fait plus son beurre mais qu'elle compte pour du beurre... Les juges sont bien ambivalents à l'égard de ceux qu'ils qualifient de « sachants » et qu'ils disqualifient aussitôt, les opposant un par un au lieu de les collégialiser, réduisant leur travail à ses conclusions, oracle nécessaire mais encombrant ou dérisoire, fétiche procédural que présentent des naïfs ou des cyniques qui acceptent d'être instrumentalisés et d'avoir réponse à tout (en ayant fait parfois un examen debout dans des locaux de garde à vue...). Et que penser des arguties invoquées par le Garde des Sceaux pour flatter les psychiatres collaborateurs de justice tout en réduisant leurs honoraires ?

Lorsque Christian Vasseur a lancé l'idée des États généraux de la psychiatrie, j'ai pensé aussitôt que les États généraux de l'expertise s'imposaient de même : la conférence de consensus va être organisée par Gérard Rossinelli et la Fédération Française de Psychiatrie, et je vous y convie tous à enrichir la réflexion et à élever les standards d'une expertise utilisable mais respectueuse du patient et de nos exigences professionnelles. Nous apprenions au lycée qu'une balance devait tendre à être juste, fidèle et précise, qu'elle ne l'était jamais mais que cela n'empêchait pas de s'en servir. Pourquoi ne pas appliquer ces qualités à la pesée psychique qui devrait être en plus lisible et communicable ? L'éthique de l'expert en découle tout simplement : d'abord la clinique pour une expertise qui n'est pas la vérité mais une base de référence pour l'échange, compromis sans compromission dans le respect de la personne et des institutions.

P. L.

Expert agréé par la Cour de cassation, S.M.P.R. de Lyon

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 19 MARS 2005

SOUS LA PRÉSIDENTENCE DE Christian VASSEUR

Françoise CORET

L'Assemblée Générale ouverte par Christian Vasseur, président, a débuté par le commentaire de Jean-Michel Havet sur le **rapport moral** (LLPF n° 142, p.6-7). Il souligne qu'il est essentiellement axé sur la question cruciale de la psychopathologie, car il n'y a pas crise mais **menace** sur la psychiatrie. Le déficit de pensée concernant la psychiatrie pousse à une médiatisation qui dévoie les questions fondamentales vers le spectaculaire et privilégie les orientations qui conviendraient au mieux à notre modernité. La psychiatrie concerne une pensée et une réflexion autour de la souffrance profonde de l'être humain, mais malheureusement le dernier rapport concernant la psychiatrie, un an seulement après le précédent, repose avant tout sur les seules considérations économiques, médiatiques et politiques, alors que la psychopathologie a été notre axe de travail.

En ce qui concerne les **psychothérapies**, la préoccupation a été de faire inscrire dans la loi que tout thérapeute doit recevoir une formation en psychopathologie **théorique et clinique**, et l'AFP veillera à la rédaction des décrets d'application...

Le 24 novembre dernier, au salon du SNC, la conférence de presse concernant la **scolarisation précoce** comme « fausse bonne idée » a vu son exposé repris par tous les journalistes. A été ainsi annoncée la journée du 1^{er} avril dans une salle de l'Assemblée nationale, sur ce thème, à la demande de la Défenseure des enfants, Claire Brisset.

Concernant la question du **handicap psychique**, des réserves ont été émises pour éviter un glissement sémantique vers un traitement uniquement social de ce problème et l'absence consécutive de soins réels.

Nos habituelles **journées nationales de janvier** sur « *Penser la psychose* » avaient travaillé en 2004 les nouvelles réponses thérapeutiques. En 2005, le cycle s'est achevé avec l'environnement social du psychotique. Penser la psychose nécessite bien entendu d'aller au-delà du neuro-développement et d'un manuel de troubles, exclusivement statistiques.

Les **5^{es} journées de Saint-Étienne** ont questionné la psychose d'un point de vue métapsychologique.

Le **prix littéraire Charles Brisset**, qui avait été attribué en 2003 à Emmanuel Darlay pour *Un des malheurs*, l'a été en 2004 à Anne Wiazemsky pour *Je m'appelle Élisabeth*, roman qui se situe dans le cadre d'un hôpital psychiatrique des années 60.

La **Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM)** a pris pour thème le champ épineux de la prévention.

Quant aux passionnantes **Conférences de l'Hôtel de Lamignon** sur *Sommeil et Rêve*, elles mériteraient d'être mieux connues des membres de l'AFP.

Nos publications s'appuient sur *La Lettre de Psychiatrie Française*. Le départ à la retraite d'Annie Triniac a rendu nécessaire un remaniement du comité rédactionnel, et Christian Vasseur en est devenu Directeur de Publication. *La Lettre* est évidemment informative mais contient aussi des dossiers thématiques.

Quant à *Psychiatrie Française*, seule revue sans publicité, elle peut de ce fait être vendue en librairie.

Nos liens avec le Syndicat des Psychiatres Français, qui défend la profession, doivent permettre la promotion d'une psychiatrie scientifique de qualité. Sans publicité ni spectacle, l'AFP travaillera encore à soutenir la psychopathologie.

L'essentiel du débat a porté, en-dehors de la reconnaissance de la psychopathologie, sur les questions soulevées par l'évaluation permanente des pratiques, décidée par la loi d'août 2004. Dans le domaine de la psychiatrie, elle est particulièrement problématique et ne peut reposer simplement sur des données quantifiables. Il apparaît donc nécessaire de travailler à en préciser la méthodologie et les visées. Un courant semble se développer qui réclame une instance tierce. Une discussion préalable avec la Haute Autorité de la Santé (qui remplace l'ANAES) est donc devenue indispensable, car rien ne se fera sans concertation.

Le rapport moral est adopté à l'unanimité moins une voix.

Le rapport financier a été présenté par le trésorier Jean-Yves Cozic.

Les comptes sont présentés cette année avec un bilan déficitaire de 93 941 € (soit 616 214 F).

L'analyse des chiffres montre un maintien des charges dans des limites similaires à celles de l'année passée mais une diminution des produits, notamment en raison du changement de politique des annonceurs.

Cette année à venir demandera encore plus de rigueur dans la maîtrise des charges et une politique active envers nos partenaires et annonceurs.

Le quitus est voté à l'unanimité.

Yves Manuceau fait part de la création d'une association qu'il préside : *Enfant et Éthique*.

Yannick Cann a rappelé la récente création du « Collège de Psychiatrie – École pratique pour l'enseignement et la recherche » qui organise deux premières journées, les 28 et 29 mai, sur le thème « Qu'est-ce que la santé mentale ? ».

F. C.

L'Association Française de Psychiatrie

organise une action de Formation Médicale Continue sur :

Annonces pré- et postnatale d'une maladie physique ou mentale, voire d'une malformation, accompagnement des parents et accueil de l'enfant

vendredi 14 et samedi 15 octobre 2005, à Paris

ARGUMENT

Parmi les difficultés rencontrées dans la gestion de l'annonce à divers stades de la gestation ou du développement, on trouve un manque de connaissances qu'il convient de combler, mais aussi des contre-attitudes qu'il est indispensable de faire évoluer, ce qui demande des techniques et du temps. En manière de boutade, on a pu dire que « *la question de l'annonce pourrait se résumer à savoir écouter* ». Cela donne assez bien la mesure du changement, parfois très profond, qu'il faut s'efforcer d'induire. D'autre part, les valeurs de l'annonce (écoute, globalité d'approche, contrat de vérité, cohérence de parole et d'action, respect du temps des personnes, marge d'espoir, partenariat, humanité) doivent se poursuivre par l'accompagnement des parents : préparation à la sortie de maternité ou de néonatalogie ou encore des rendez-vous suivants, orientation et organisation, selon les cas, d'une simple surveillance du développement de l'enfant ou, au contraire, de sa prise en charge immédiate avec *guidance* des parents ; mise en œuvre de l'accueil de l'enfant (autonomie, égalité des chances, intégration scolaire et sociale).

Objectifs de formation :

- Prendre conscience de l'effet traumatique de la « mauvaise nouvelle », de la souffrance qu'elle engendre, laquelle, le plus souvent, ne peut s'exprimer que par l'agressivité ; comprendre les effets délétères des aménagements parentaux défensifs, voire pathologiques, sur les premières interactions entre l'enfant handicapé (ou à risque de le devenir) et sa famille ;
- Apprendre à connaître le bouleversement émotionnel qui accompagne la découverte d'une malformation ou d'une anomalie développementale (y compris d'une *psychose infantile*) et anticiper l'évolution des défenses parentales au cours du temps ;
- Se préparer à gérer une situation périlleuse pour l'enfant, les parents et les professionnels (ces derniers se sentent en général personnellement attaqués) ;
- Devenir plus clairvoyants sur l'attente des familles : une écoute, compréhensive, un partenariat leur permettant de prendre et garder leur rôle de parents, à la fois savoir, ne pas savoir, surtout dire la vérité, mais ne pas tuer l'espoir, bref une attitude humaine et responsable ;
- Découvrir ou perfectionner ses connaissances sur les équipes et les structures d'aide immédiate disponibles à proximité et savoir orienter la famille ;
- S'informer sur la politique et les possibilités actuelles d'intégration scolaire et sociale des personnes handicapées et

être à même de modifier ainsi l'image trop souvent négative que l'on a de l'avenir de ces enfants, facteur qui obère lourdement leur accueil à la naissance ou dans la petite enfance.

Intervenants :

- Mme Aliette GAMBRELLE ou Mme Dominique RAVEL, administratrices de l'UNAPEI, mères d'enfants handicapés,
- Mme Dominique VERNIER, psychologue clinicienne,
- Dr Roger SALBREUX, pédopsychiatre.

Modalités d'inscription :

Afin de valider votre inscription, vous devez remplir le bulletin ci-dessous et nous le retourner accompagné des pièces suivantes :

- un chèque de caution de 1 100 € (en vous inscrivant, vous vous engagez à participer à l'ensemble de la formation. Votre chèque vous sera restitué si votre engagement est respecté) ;
- une photocopie de votre attestation de versement ou d'exonération de la contribution à la formation professionnelle délivrée par l'URSSAF 2004 sous le code 851 C ;
- une feuille de soin annulée ou sa photocopie.

Nous vous adresserons en retour le lieu et les horaires du stage, le programme détaillé, le pré-test.

COUPON-RÉPONSE

Annonces pré- et postnatale d'une maladie physique ou mentale, voire d'une malformation, accompagnement des parents et accueil de l'enfant

vendredi 14 et samedi 15 octobre 2005 (nombre de places limité à 18)

Le Dr :

Adresse :

Code postal : Ville :

s'inscrit et s'engage à participer à l'ensemble de la formation des 14 et 15 octobre 2005

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

L'Association Française de Psychiatrie

le Syndicat des Psychiatres Français

ont la douleur de vous faire part du décès

du **Professeur Théophile Kammerer.**

Il a été l'un de nos plus éminents fondateurs
et l'un des inspirateurs majeurs de la psychiatrie moderne,
qu'il a grandement contribué à créer.

LA SCOLARISATION À 2 ANS : UNE FAUSSE BONNE IDÉE

Christian VASSEUR
Après notre colloque du 1^{er} avril à l'Assemblée nationale, le *Quotidien du Médecin* présent lors des débats concluait : « la scolarisation à 2 ans n'est pas une fausse bonne idée, c'est une mauvaise idée ». Ce fut l'esprit de fond qui a prévalu dans les exposés de tous les orateurs en tribune dont le Président d'Honneur, Guy Geoffroy, député de la majorité et possible rédacteur d'un amendement sur le sujet.

Bernard Accoyer nous avait accueillis dans ses murs, la Salle Colbert, et les Ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale étaient représentés officiellement par Mme Dartiguenave, pour le premier, et Mme Manteau pour le second. Nous les avons rencontrés précédemment (cf. *LLPF* n° 139, p. 3-4, et n° 142, p. 3).

La première table ronde avec Amine Arsan, Geneviève Haag, Claire Brisset, Alain Bentolila, Roger Misès et moi-même a posé la clinique du problème et suscité des questions mais aussi beaucoup de témoignages (Yves Manela, Gilbert Diebold, Annette Fréjaville...) et une seule opposition « sthénique » qui fut entendue calmement (à la sortie du Colloque, la même intervenante est venue donner acte de sa nouvelle compréhension, très émue ; une conversion !).

Après une très rapide pause, la deuxième table présidée par Christine Lamothe avec Roger Salbreux comme discutant (le député de l'opposition sollicité pour la Présidence d'Honneur a décliné l'invitation pour cause de désaccord interne) réunissait Bernard Golse, Marie-Blanche Lacroix, Martine Abdallah-Pretceille, Marie-Thérèse Fritz et Hubert Montagner.

Les débats y furent également élevés, voire décapants pour certaines ou certains, qui nous confrontèrent durement à la réalité des moyens de l'Éducation Nationale ayant en charge l'accueil de tout-petits ; et cela ne va pas s'arranger dans l'avenir, semble-t-il.

Il reste à créer des lieux de transition (ce qui était annoncé lors de la loi de 1990).

Le Professeur Montagner en fin de discussion déclina avec précision et une évidente compétence les mesures possibles et déjà à l'œuvre dans d'autres pays.

Là aussi, le public, professionnels, journalistes, représentants de parents, est intervenu largement : un vrai débat.

Enfin nous pûmes remercier les intervenants pour la qualité et la générosité de leur engagement (tous, très largement sur-occupés, sont intervenus « à compte d'auteurs » !), en rappelant que pour les tout-petits, nous avons souvent à rappeler des réalités élémentaires qui ne devraient pas être remises en cause par des débats idéologiques ou économiques ; si ce n'est pour ajuster des aménagements imposés par des éléments de réalités externes évidemment.

La réalité des moyens potentiellement énormes des petits nécessite, pour sa réalisation, le respect d'un ordre processuel, chronologique, étagé, de leur développement. Ce potentiel n'est en aucun cas synonyme de leurs moyens réels dans l'instant et méconnaît souvent leurs besoins fondamentaux au profit des ambitions ou des idéologies des parents et de la société.

Après coup, n'avons-nous pas à nous demander pourquoi il nous faut quasiment militer politiquement pour rappeler les lois qui régissent le développement de l'espèce depuis Néanderthal ? Les modes, les idéologies, les politiques, le poids de l'actuel réussissent à nous faire oublier les connaissances acquises à l'école et dans la famille et à traiter des invariants humains comme des valeurs relatives et surtout transformables, voire jetables.

Enfin..., il semble que nous ayons été entendus !

Nous publierons certainement les Actes de ce colloque, ainsi qu'un livre où les différents intervenants, qui ont été limités par le temps, développeront plus complètement leur pensée. Ce vrai sujet de santé publique et d'avenir de la société le vaut bien.

C. V.

L'Association Française de Psychiatrie

organise

les 2^{es} Rencontres de Suze-la-Rousse (Drôme)

samedi 15 octobre 2005

« Le Temps »

L'Association Française de Psychiatrie
N° d'agrément FMC : 11 75 250 40 75

ARGUMENT

« Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais ; mais si on me le demande et que je veuille l'expliquer, je ne le sais plus. »
Saint Augustin (*Confessions*).

Après avoir revisité les rapports de la Psychiatrie et de l'Humanisme en décembre 2002, nous nous intéresserons cette année à la question du Temps.

Par-delà la conception commune du temps qui résulte de l'expérience quotidienne variant suivant les époques et les civilisations, le mot temps n'a pas la même signification pour le physicien, le biologiste, le psychiatre, le psychanalyste.

Qu'y a-t-il de commun entre le temps réversible des réactions entre particules élémentaires et le temps irréversible qui nous conduit de la naissance à la mort ?

Qu'en est-il du temps de la cure analytique, de celui du récit, du soin psychiatrique ?

Telles sont quelques-unes des questions que nous tenterons d'aborder dans ce dialogue interdisciplinaire, dans l'espoir de trouver des terrains d'enrichissement réciproque afin de contribuer au nécessaire retour de la réflexion humaniste.

PRÉ-PROGRAMME

MATIN

- **Présentation de la Journée :** J.-L. Griguer (Valence)
- **Temps et Physique**
Président : Y. Cann (Brest)
Intervenant : M. Spiro, physicien, CNRS (Paris)
Discutant : B. Gibello (Faucogney)
- **Temps et Psychanalyse**
Président : C. Vasseur (Annecy)
Intervenant : M. Czermak (Paris)
Discutant : J.-P. Rumen (Ajaccio)
- **Temps et Historicité**
Président : J.-M. Havet (Reims)
Intervenant : M. Demangeat (Bordeaux)
Discutant : A. Durand (Pau)

APRÈS-MIDI

- **Temps et Neurosciences**
Président : O. Lehembre (Valenciennes)
Intervenant : J.-P. Tassin, Collège de France (Paris)
Discutant : J.-D. Beigbeder (Paris)
- **Temps et phénoménologie**
Président : J.-D. Beigbeder (Paris)
Intervenant : J.-L. Griguer (Valence)
Discutant : J.-P. Rumen (Ajaccio)
- **Synthèse :** C. Vasseur (Annecy)

Comité d'organisation : Jean-Louis Griguer - Jean-Michel Havet - Christian Vasseur

Comité scientifique : Jacques-David Beigbeder - Michel Demangeat - Jean-Louis Griguer - Jean-Michel Havet - Jean-Pierre Rumen - Christian Vasseur

COUPON-RÉPONSE

Mme M. Dr :

Adresse :

Code postal : Ville :

s'inscrit à la journée du 15 octobre 2005, à Suze-la-Rousse, et règle :

- ses droits d'inscription : 100 € (membres AFP) €
- 120 € (non-membres AFP) €
- 150 € (formation continue) €
- le déjeuner, en option : 23 € (à multiplier par le nombre de personnes présentes) €
- l'animation œnologique et l'initiation à la dégustation, en option :
 25 € (à multiplier par le nombre de personnes présentes) €

soit au total €

par chèque établi à l'ordre de l'AFP.

Bulletin d'inscription à retourner à l'AFP (N° d'agrément FMC : 11 75 250 40 75) : 147, rue Saint-Martin - 75003 Paris
Tél. : 01 42 71 41 11 - Fax : 01 42 71 36 60

L'Association Française de Psychiatrie

organise

ses 24^{es} Journées Nationales

Clinique des limites, limites de la Clinique

vendredi 27 et samedi 28 janvier 2006

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

sous la présidence d'Honneur de **Roger SALBREUX**

Invité d'honneur : **Jean BERGERET**

ARGUMENT 2006

La société change, la clinique aussi.

Dans ce monde où priment le spectaculaire, l'image et sa manipulation, le sujet est formaté à son insu vers un nouveau conformisme qui obéit à des idéaux relayés par les médias.

À tout âge, le surinvestissement de l'espace virtuel cache le désinvestissement de l'espace psychique. Ainsi, la pensée est délaissée au profit de l'action ou des comportements.

Dès l'enfance, les apprentissages sont compromis tout comme la deuxième chance de maturation psychique qu'est l'adolescence. Les adolescents privilégient alors les conduites à risques : anorexie, boulimie, addictions, violence, délinquance, sports extrêmes et conduites suicidaires en sont le reflet.

Tout aussi préoccupants sont les adultes qui, faute d'avoir dépassé la crise, présentent les mêmes symptômes. De plus en plus souvent, ce sont les « attaques de panique » ou la « dépression » avec tous ses masques de pseudo-normalité, qui alertent enfin sur leur souffrance.

Les modes d'expression de ces « normopathes » interpellent sur les limites entre une simple évolution sociétale et une clinique des états-limites, des *border-line* et des pathologies atypiques.

Une réflexion clinique plus exigeante évitera le double leurre de la description de comportements et de traitements symptomatiques.

Après avoir « pensé la psychose », l'AFP propose d'ouvrir à tous les acteurs du soin cette clinique difficile qui exprime aussi certains problèmes de la société d'aujourd'hui.

PROGRAMME

VENDREDI 27 JANVIER 2006

MATIN

- Introduction : Christian Vasseur
- Sous la présidence d'Olivier Lehembre, Rapport de Roger Misès : *Position du concept : les pathologies limites de l'enfant*
Discussion
- Sous la présidence de Roger Salbreux
Table ronde sur *Les dysharmonies évolutives et cognitives*, avec Bernard Gibello, Gérard Schmit

APRÈS-MIDI

- Sous la présidence d'Yves Manela
Rapport de Philippe Jeammet : *Clinique des remaniements à l'adolescence. Les limites : un repère nécessaire du narcissisme*
- Sous la présidence de Yannick Cann
Table ronde autour du Rapport avec Maurice Corcos, Jean-Jacques Rassial, Jean-Pierre Lebrun

SAMEDI 28 JANVIER 2006

MATIN

- Sous la présidence de Christine Lamothe, Rapport de René Roussillon : *Clinique de l'adulte*
- Sous la présidence de Françoise Coret :
Table ronde sur *Les normopathes*, avec Michel Patris, Vassilis Kapsambelis
- Synthèse et conclusion : Jean-Michel Havet

Comité scientifique : Olivier Bézy - Yannick Cann - Françoise Coret - Jean-Yves Cozic - Michel Demangeat - Gilbert Diebold - Bernard Gibello - Claire Granier - Jean-Michel Havet - Bernard Jolivet - Christine Lamothe - Olivier Lehembre - Roger Misès - Roger Salbreux - Christian Vasseur

L'Association Française de Psychiatrie

organise

ses 24^{es} Journées Nationales

Clinique des limites, limites de la Clinique

vendredi 27 et samedi 28 janvier 2006

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

sous la présidence d'Honneur de **Roger SALBREUX**

Invité d'honneur : **Jean BERGERET**

L'Association Française de Psychiatrie
 N° d'agrément FMC : 11 75 250 40 75

VOS COORDONNÉES

Prière d'écrire en lettres capitales.

Mme Mlle M.

Nom : _____ Prénom : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

e-mail : _____

VOTRE RÈGLEMENT

1. Droits d'inscription comprenant :	avant le 30/12/05	après le 30/12/05	Total à régler
<ul style="list-style-type: none"> • l'assistance aux débats scientifiques • la remise du Prix Littéraire Charles Brisset • les déjeuners des 27 et 28 janvier • les pauses-café • les Actes des Journées 			
• Formation continue	300 €	320 €	
• Membres de l'AFP	200 €	240 €	
• Non-membres de l'AFP	240 €	280 €	
• Psychiatres en exercice depuis moins de 4 ans	130 €	150 €	
• Internes et Jeunes Médecins, Paramédicaux	120 €	150 €	
• Internes membres de l'AFFEP	100 €	120 €	
2. Soirée festive du vendredi 27 janvier (à multiplier par le nombre de personnes présentes)	60 €	70 €	
TOTAL			

En cas d'annulation, 30 € seront retenus pour frais de dossier.

Par chèque établi à l'ordre de l'Association Française de Psychiatrie

SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS

LA NOUVELLE CONVENTION : MODES D'EMPLOI

I. UTILISATION DU DÉPASSEMENT EXCEPTIONNEL (DE)

Pierre STAËL

• L'utilisation du DE est toujours possible (cf. article 4.3) « en cas de

circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE). Dans ce cas, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires ».

- Le SPF vous propose de ne pas oublier de l'appliquer, mais dans ces strictes conditions définies par le texte conventionnel avec un montant de dépassement significatif (correspondant à ce que vous estimez que devrait être la vraie valeur de la consultation psychiatrique).
- Si vous appliquez un DE, vous ne pouvez appliquer ni la MPC⁽¹⁾ (2,70 € pour les plus de 16 ans et 5,70 € pour les moins de 16 ans) ni la MCS⁽²⁾ (3 €) – le patient est remboursé sur la base de 34,30 € (sur la feuille de télétransmissions ou la feuille de soins, indiquer CNPsy + DE).

II. LA CONSULTATION PSYCHIATRIQUE

Rappel : au 12.05.05, les négociations concernant le périmètre de l'accès spécifique pour les psychiatres ne sont pas achevées.

1 – Dans le cadre du parcours de soins coordonné ou en accès spécifique :

- pour les plus de 16 ans, vous pouvez appliquer MPC (2,70 €) + MCS (3 €) – le patient est remboursé sur la base de 40 € (sur la feuille de télétransmissions ou la feuille de soins, indiquer CNPsy + MPC + MCS) ;
- pour les moins de 16 ans, contrairement aux premières indications de la Sécurité sociale que nous avons reprises, depuis le 1^{er} mars, vous pouvez appliquer MPC (5,70 €) qui seront remboursées sur la base de 40 € (sur la feuille de télétransmissions ou la feuille de soins, indiquer CNPsy + MPC) – pour les moins de 16 ans, pas de MCS.

Attention, pour les moins de 16 ans, pas de dépassement d'honoraires autorisé.

	Consultation sans DE	Consultation avec DE
Consultation pour les plus de 16 ans	CNPsy (34,30 €) + MPC (2,70 €) + MCS (3 €) = 40 €	CNPsy (34,30 €) + DE
Consultation pour les moins de 16 ans	CNPsy (34,30 €) + MPC (5,70 €) = 40 €	CNPsy (34,30 €) + DE

2 – En accès direct (hors parcours de soins coordonné) :

- possibilité de Dépassement Autorisé (DA) avec consultation plafonnée à 47 € – soit CNPsy + MPC + DA ; la base de remboursement est de 37 € ;
- quote-part honoraires + DA : maximum de 30 % du SNIR⁽³⁾.

3 – Secteur 2 :

- aucun changement ;
- base de prise en charge : 34,30 € ;
- Si option de coordination :
 - plafonnement de la consultation à 45 € (base de remboursement à 34,30 €) ;
 - obligation de 30 % de l'activité en tarif opposable (base de remboursement à 37 €).

III. LA TÉLÉTRANSMISSION

Depuis l'application de la nouvelle Convention, la télétransmission est devenue obligatoire.

• Les conseils du SPF :

- si vous n'avez pas la possibilité technique de coter le détail, coter pour le moment CNPsy + MPC ;
 - l'aide à l'équipement informatique est maintenue : son montant nous est inconnu à ce jour, mais nous vous conseillons de ne pas oublier de la demander au Directeur de la CPAM dont vous dépendez, si vous ne l'avez pas encore fait ;
 - il existe des matériels autonomes ne passant pas par l'informatique.

• Informations générales :

Dans la mesure où notre rôle n'est pas de favoriser tel ou tel fournisseur, nous avons remarqué que le site d'Ameli (ameli.fr) fournit un certain nombre d'indications pratiques concernant les moyens d'équipement, les solutions existantes et les aides à la télétransmission.

P. S.

⁽¹⁾ MPC = Majoration Provisoire du Clinicien.

⁽²⁾ MCS = Majoration de soin Coordonné pour Spécialiste.

⁽³⁾ SNIR = Système National Inter-Régimes des professionnels de santé (équivalent du chiffre d'affaires annuel).

HÔPITAL SOUS ORDONNANCES : LA RÉFORME QUI TUE

LETTRE OUVERTE DE LA CHG À M. Philippe DOUSTE-BLAZY

Confédération des Hôpitaux Généraux

Chacun le sait bien : victime de son succès, l'hôpital n'a plus les moyens d'assurer correctement ses missions. Il dysfonctionne. Devant ce constat partagé et depuis votre prise de fonction, les praticiens hospitaliers de terrain que nous sommes ont tout fait pour vous convaincre d'apporter les réponses les plus adaptées aux difficultés que connaît l'hôpital public depuis tant d'années.

Aujourd'hui, notre déception est à la mesure de tous ces efforts qui sont restés vains. Bien que représentatifs de la moitié des praticiens hospitaliers, nous n'avons pas été entendus.

- Dans la lignée de votre prédécesseur, vous avez d'abord voulu révolutionner le financement des hôpitaux : donner plus à ceux qui travaillent plus, et moins à ceux qui travaillent moins : qui pouvait raisonnablement s'opposer à un tel bon sens, au moins apparent ?

Dans les faits, les choses s'avèrent beaucoup plus complexes et cette nouvelle tarification à l'activité, très mal préparée, se révèle de jour en jour plus inapplicable. À tel point que même les administrateurs, les plus chauds partisans de cette réforme, demandent grâce et alertent les parlementaires devant l'impossibilité d'entrer en cohérence avec la nouvelle procédure budgétaire. Du jamais vu !

Mais en attendant, ne cachons rien au malade : vous avez mis tout l'hôpital à genoux, en le laissant au strict RÉGIME SEC.

- Comme l'avait voulu votre prédécesseur, vous vous êtes attelé à la réforme de notre gouvernance, selon ce joli mot désormais galvaudé. Choissant la voie de *l'ordonnance*, vous êtes sur le point de la promulguer après deux années d'attente qui ont suscité finalement plus d'inquiétude que d'espoir. Tout ça pour que strictement rien de concret ni de positif n'émerge dans le champ de notre pratique soignante. Bien au contraire, on joue gribouille, et si vos tergiversations ont pu faire un moment illusion, rien ne s'améliore véritablement dans les hôpitaux, ce que confirment les expérimentations de la réforme. Ce temps précieux qui a été perdu aurait certainement été plus judicieusement employé à l'organisation d'un vrai débat parlementaire aboutissant à l'élaboration d'une vraie loi plus consensuelle et mieux adaptée aux maux de l'hôpital.
- À l'instar de vos prédécesseurs, vous voulez maintenant transformer radicalement le statut des médecins qui ont fait le choix de l'hôpital public. Rien d'étonnant à cela finalement, puisque l'ensemble de cette réforme du plan hôpital 2007 conduit inexorablement à faire de l'hôpital public une entreprise de production de soins à caractère

privé, à laquelle des missions seront confiées. Cette bascule aura pour principale conséquence de limiter encore davantage l'indépendance professionnelle des praticiens, jugés irresponsables mais chargés malgré eux de la mise en application de contraintes purement économiques, alors que sa seule justification serait de demeurer au seul service médical du patient.

QUEL GÂCHIS !

Les services d'accueil et d'urgence sont débordés et ne trouvent plus de lits pour héberger leurs patients, les services spécialisés sont tiraillés, désorganisés, tout en s'efforçant d'assurer la qualité justement réclamée par l'utilisateur et sa famille, la population vieillit et réclame davantage de soins, la crise sociale jette, plus que jamais, toutes les détresses à l'hôpital... et nos ministres successifs se consacrent, avec plus ou moins de bonheur, à la communication, aux effets d'annonce, aux plans mirobolants porteurs de milliers d'euros, d'autant plus évanescents qu'ils étaient apparus ambitieux.

Monsieur le ministre, quand pourrions-nous espérer le simple retour à la réalité ?

Quand cesserez-vous de traiter avec désinvolture l'opinion des praticiens hospitaliers et notamment celle des 5 500 d'entre eux qui vous ont adressé une pétition ?

Comme l'immense majorité des praticiens, ils n'ont pourtant qu'un souhait : pouvoir continuer à exercer leur métier et à soigner le mieux possible les patients qui font toujours confiance à l'hôpital public.

Dr Cousin Gynéco-obstétricien Nantes	Dr G. Dauptain Gynéco-obstétricien Gonesse	Dr B. Devergie Diabétologue Creil
Dr F. Douchain Pédiatre Arras	Dr G. Eschemann Gastro-entérologue Grasse	Dr P. Faraggi Psychiatre Cadillac
Dr J.-M. Leleu Chirurgien Valence	Dr P. Paresys Psychiatre Bailleul	Dr P. Pelloux Urgentiste Paris
Dr J.-C. Pénochet Psychiatre Montpellier	Dr G. Pinon Biologiste Le Havre	
Dr P. Staël Psychiatre Metz	Dr M. Vignier Anesthésite-Réanimateur Mantes-la-Jolie	

PINGOUIN(E)S

Le vendredi 11 février 2005, à 19 h 01, Reuters communiquait ce qui suit :

Jean-Pierre RUMEN

BERLIN – *Le projet d'un zoo allemand de tester les préférences sexuelles d'un groupe de pingouins supposés homosexuels a déclenché un concert de protestations auprès d'associations de gays et de lesbiennes, qui craignent que les gardiens ne forcent les animaux à devenir hétérosexuels.*

« Un grand nombre de groupes de gays et lesbiennes ont envoyé des courriers électroniques et téléphoné en signe de protestation », a déclaré vendredi une porte-parole du zoo de Bremerhaven, dans le nord-ouest du pays.

Les employés du zoo ont conclu que les pingouins pourraient être homosexuels quand ces derniers ont tenté de s'accoupler et de faire éclore des pierres plutôt que des œufs.

Des femelles pingouins suédoises devaient, selon la presse allemande, être amenées au zoo pour tester cette hypothèse. Mais une fois que l'information a filtré, le téléphone a commencé à sonner.

« Personne ici n'essaie de briser par la force des couples du même sexe », a expliqué, à la radio publique NDR, Heike Kück, la directrice du zoo. « Nous ne savons pas si ces trois couples mâles sont vraiment homosexuels ou s'ils se sont mis ensemble à cause d'un manque de femelles ».

Si je ne craignais de passer pour un manchot, je dirais que les bras m'en tombent !

Enfin, s'il suffit d'être en présence de l'autre sexe pour abandonner toute velléité d'homosexualité, voilà qui met

sérieusement en cause la théorie de l'innéité des « orientations sexuelles » !

Passé encore que le personnel du zoo en question semble assez peu intéressé par l'ornithologie...

Mais que l'on puisse assimiler la sexualité de ces palmipèdes à celle des humains excède pour moi l'entendement. Ces animaux ont un dimorphisme sexuel externe très rudimentaire, puisque l'un et l'autre sexe sont cloacaux ! Et ils sont soumis à l'impératif des saisons et de l'image qui, le moment venu, les force à l'accouplement puis à la couvaison avec n'importe quoi. On ne fait pas plus homophobe en leur assimilant des humains censés se conduire selon les mêmes déterminations !

Il est vrai, après tout, qu'il n'est que trop fréquent de prendre les enfants du Bon Dieu pour des oiseaux sauvages : même le bon Anatole France qui avait mis en scène le saint homme Maël, dont la vue basse lui avait fait baptiser les pingouins et draper la nudité de leurs femelles ; ce dont elles s'étaient servi pour mouler leur popotin. Il est vrai que, malgré leur nom, les pingouines n'aguichaient que les mâles...

Jusque-là, tout porterait à sourire de tant de sottise, mais il y reste à considérer que si l'homosexualité, pour s'épanouir, nécessite la ségrégation sexuelle, il va falloir sérieusement s'organiser.

Les lendemains chanteront-ils dans les ghettos ?

J.-P. R.

PSYCHIATRIE SCIENTIFIQUE

DE LA RELATION DE SOIN AUX PROTOCOLES

Le plan pour la santé mentale est réputé « massif » ; le mot vient masquer le peu de moyens réellement dégagés pour la psychiatrie, qui auraient pu être à la mesure de la dégradation des soins. Plus grave, il masque aussi l'absence de conception générale de la psychiatrie, intriquée qu'elle est avec la « santé mentale », concept indéfinissable si ce n'est en terme de normes. Ceci est repérable dans les rapports successifs demandés par les ministres, jusqu'au dernier en date, le rapport Cléry-Melin⁽¹⁾. La réflexion ne devrait pas se limiter aux « psy », car elle concerne des éléments fondamentaux pour toute société : la façon dont elle se comporte avec les fous, les exclus, les non-productifs et, de manière plus générale, dont

Nicole KOEHLIN

elle traite avec la subversion. Or, nous sommes poussés, comme l'ensemble de la société, à concevoir une sorte de renaturalisation du monde, qui obéirait à des lois (la loi du marché n'étant pas la moindre) dont la maîtrise nous échappe, que nous pouvons au mieux observer scientifiquement, au pire subir passivement. Saisis par la quête de consensus immédiat, avant même de pouvoir poser une vraie problématique, nous ne nous questionnons plus. Cela va avec une absence totale de mise en perspective historique et le recours « massif » à des grands fétiches non questionnables ; je citerai Science, Qualité, Autorité. Mais comment agir en l'absence de questionnement ?

Les psychiatres ont-ils fait leur travail « social », celui qui consiste aussi à renvoyer à la société ce qu'ils observent ? Les

patients, particulièrement ceux qui souffrent de psychose, nous font sentir profondément les absurdités et la violence percutante du monde réel. L'absence de sens qu'ils perçoivent les rend insensés aux yeux de la société. Comme le dit Carlo Ginzburg⁽²⁾ à propos du procédé littéraire de l'étrangement, nous pouvons avoir, grâce à nos patients, un regard un peu décentré, qui nous donne « un point de vue pour l'observation de la société d'un œil distant, étonné et critique ». Il ajoute : « l'étrangement me semble susceptible de constituer un antidote efficace à un risque qui nous guette tous : celui de tenir la réalité (nous compris) pour sûre ».

Des moyens sont indispensables, mais aussi et surtout des concepts, un échange réellement dialectique avec la société qui permette d'utiliser ces moyens pour soigner. Ceci se joue dans une possibilité de se saisir vraiment des questions que posent les pathologies mentales et leurs soins, de la prévention à l'insertion des patients, dans une société suffisamment tolérante. Or, paradoxalement, les rapports entre la psychiatrie et la Science tendent actuellement à fermer plus de portes qu'ils n'en ouvrent.

« Les études ont montré », « les scientifiques disent », les médecins en viennent à se concevoir comme scientifiques, reléguant dans la non-modernité la relation médecin-malade, l'art, la pratique, la clinique ; le ministre de la Santé ne nous dit-il pas que la cardiologie est une science dure ! Le directeur de la toute nouvelle Haute Autorité de Santé veut nous imposer comme allant de soi la « médecine basée sur les preuves » (*Le Monde* du 26 janvier) : « La question est de savoir comment favoriser l'«*evidence based medicine*» – la médecine fondée sur les preuves – dans la pratique quotidienne ». Celle-ci, partie du Canada, investit en nappe d'huile la médecine, qui tend vers la pure technique. Cela signifie que le moyen d'action n'est plus la relation de soin, mais les protocoles de soins, collusion entre illusion de science et judiciarisation.

Illusion de science, car il s'agit d'une Science conçue comme Autorité, qui ne nécessite ni conscience ni doute. Dans cette démarche, les problématiques sont remplacées par des énumérations, sans aucune dialectique, la conclusion s'imposant d'elle-même par la force de l'affirmation. De cela, nous avons eu un exemple récent avec le colloque sur « valeurs humaines et neurosciences » (*Le Monde* du 2 février). Ainsi, J.-P. Changeux répétant sous diverses formes : « *Il ne faut pas penser* qu'une approche objective via la connaissance scientifique soit antagoniste d'une réflexion sur les valeurs morales et sur ce qui définit le beau. Bien au contraire, je pense que cette approche enrichit cette réflexion ». Comment cette réflexion est-elle posée ? Dans la même interview : « Les neurosciences vont nous apporter une nouvelle vision, une nouvelle conception, de l'homme et de l'humanité ». Ce qui transparait, c'est l'homme vu comme un cerveau dans une splendide autarcie, les relations, l'intersubjectif ne faisant plus partie de l'objet scientifique. On peut isoler le cerveau, le considérer « à l'échelle cellulaire et moléculaire, au niveau des réseaux de neurones », et l'étudier comme une boîte noire,

sans bien sûr tenir compte de la relation de l'observateur à l'observé. L'homme machine solitaire, la société somme de machines.

Avec la médecine « protocolaire », est à l'œuvre de manière cachée pour nous Français, mais qui apparaît à l'évidence dans des études anglo-saxonnes, l'idéologie de l'utilitarisme (fondée par John Stuart Mill) qui considère que l'homme est mu par son intérêt personnel. Utilitarisme que certains repèrent comme le fondement de l'ultra-libéralisme. Cette science-là préconise des protocoles concernant peu à peu tous les aspects du soin.

Ainsi, un exemple est pour moi « désespérément » symptomatique de cette évolution. Nous allons vers une diminution des chambres d'isolement et des attaches, déjà disparues dans un certain nombre de secteurs psychiatriques. On savait que les attaches provoquaient l'agitation, qu'elles compromettaient toute vraie relation soignante, l'infiltrant de peur réciproque. Il ne s'agit pas de nier ici qu'exercer une contrainte est parfois nécessaire ; au contraire, c'est ce qui a pu structurer une part de la réflexion psychiatrique et les rapports de la psychiatrie et de la société. Mais actuellement, l'idée d'attacher redevient fréquentable. Cherchez un service qui n'a pas son matériel pour attacher, ses chambres d'isolement ? Et la bonne conscience est due aux protocoles qui nous donnent le « cadre » scientifique, rendant ainsi ces actes magiquement éthiques et thérapeutiques. De plus, l'obéissance à des protocoles entrave nos motivations, notre volonté d'action et nos capacités à imaginer.

Dans notre monde technique, la distance s'accroît entre un réel mécanisé et ce qui, dans l'imaginaire, nous permet de le penser afin de le transformer. L'efflorescence de certaines pathologies, les états limites, renvoie à cet écart, comme s'il n'y avait plus d'embrayage entre le monde intérieur et le réel. C'est là que se nichent la pathologie, mais aussi les désespérances, les impossibilités d'agir sur le monde. Illusion d'être libre dans sa tête, mais comment être libre seul ? Son monde intérieur, on peut le transformer seul ; pour le réel, il faut retrouver le social et le politique. Les patients nous apprennent aussi la puissance des mots et leur impact, quand les mots deviennent comme concrets dans leurs délires et leurs hallucinations. Actuellement, tout se passe comme si le langage, l'outil de la pensée, se vidait de sa substance en se vidant de conflictualisation. En se « scientifiant », il perdrait ainsi sa force poétique agissante.

N. K.

Praticien hospitalier

Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris

⁽¹⁾ *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport de mission, juillet 2001. E. Piel, J.-L. Roelandt.

Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, septembre 2003. Ph. Cléry-Melin, V. Kovess, J.-C. Pascal.

⁽²⁾ Ginzburg (C.) : *À distance : neuf essais sur le point de vue en histoire*, Gallimard, 2001.

EXAMEN DE CONSCIENCES

Suite du n° 144, p. 14-15

Marcel HOUSER

Cela étant, ne crachons pas dans la soupe : une telle politique a porté d'indiscutables fruits, même si des erreurs peuvent être à regretter. Il est du reste agaçant de devoir constater que la grande presse se révèle toujours incapable de rendre compte de manière nuancée de cette évolution. Car enfin, comment peut-on, par exemple, tout à la fois... se féliciter de ce qu'on ait « vidé les asiles »... et s'indigner de voir de « doux dingues », soi-disant malfaisants qui plus est, déambuler par milliers dans les rues de Paris ? Les « malades » ainsi... « libérés » des asiles étaient-ils donc de faux malades, embastillés par le simple fait, ou le caprice, d'on ne sait quel prince ? Les « mettre dehors » aurait-il dû être en même temps magiquement les guérir ? Décidément, un brin de raison ne serait pas de trop dans semblables discours, et aussi simplistes.

J'observe pour ma part, et plus positivement, que nos moyens de soins se sont beaucoup accrus en quantité et perfectionnés en qualité. Les structures d'accueil et de thérapie sont multiples, qui quadrillent littéralement le territoire d'un réseau très finement maillé et très complet ; la pharmacopée psychotrope semble de plus en plus performante ; les possibilités de recours à la psychothérapie sont, au moins virtuellement, offertes à un nombre croissant de demandeurs... Ce qui ne signifie peut-être pas la perfection. Et à ce point, plusieurs réflexions, un peu disparates, me viennent encore à l'esprit.

Nous sommes à peu près tous d'accord pour ce qu'il en est de la clinique psychiatrique. Au point, par exemple, que la plupart d'entre nous critiquent sans ménagement le DSM III (ou IV). Mais alors pourquoi l'avons-nous accepté ? Qui, au fait, et mandaté par qui, nous a imposé cette méthode d'évaluation diagnostique faite par des Américains pour des Américains, et pas pour des Latins ? Il faut parfois savoir dire non, se contenter de maugréer ne mène à rien.

En revanche, s'agissant de nos théorisations psychopathologiques, on pourrait nous prendre pour des gladiateurs dans l'arène, où les combats font rage, idéiques sinon idéologiques, entre neuroscientistes, cognitivistes, comportementalistes, psychanalystes... ces derniers ne s'étant pas toujours, historiquement, montrés les moins belliqueux. Les choses sont en train de changer. Certes lentement et timidement, mais sûrement. N'avons-nous pas mieux à faire que la guerre à ce sujet ? Et nos options théoriques ne sont-elles pas davantage complémentaires qu'antinomiques ?

Les choses sont moins simples en ce qui concerne nos rapports avec l'Administration. Rapports très divers selon les cas : ici franchement détestables, là moins mauvais, ailleurs encore presque idylliques, du moins occasionnellement. Une question me semble inévitable : à quoi sert réellement une

CME (Commission Médicale d'Établissement) ? Parfait microcosme représentatif des instances, dites de dialogue, entre techniciens et politiques, elle n'est en effet qu'un organe consultatif, autant dire une chambre d'enregistrement. Au mieux, elle permet des échanges d'informations, ce qui ne vaut pas forcément pour une concertation ; au pire, elle procure à un directeur administratif un tant soit peu pervers, comme cela se voit, le plaisir sadique de s'asseoir (connotation anale du mot comprise) sur ses avis ; et entre les deux, il est souvent fort difficile à ses participants de reconnaître, dans les comptes rendus publiés après coup, ce qui s'est réellement débattu. La CME devrait donc, et ce serait bien la moindre des choses, être réformée.

Mais il n'est pas dit que beaucoup partagent cette opinion. Et ce n'est pas notre diversité qui, dans l'absolu, fait notre « malheur », mais notre désunion, facteur plus négativement déterminant, et plus difficilement amendable. Il n'est personne – sinon peut-être un paysan du passé – à se montrer plus individualiste qu'un psychiatre hospitalier français. Et on a des doutes sur l'aptitude d'un syndicalisme psychiatrique à devenir suffisamment consensuel pour être efficace, face aux multiples contraintes imposées d'en haut à la profession.

Au temps lointain de mon internat, nous nous amusions parfois, à la table commune, à nous jeter à la tête des diagnostics psychiatriques, parmi lesquels figurait le plus souvent celui, aujourd'hui tombé en désuétude, de psychasthénie. Pour n'être qu'un jeu (et tout n'a-t-il pas un sens, même le jeu ?), ce passe-temps n'était pas dénué d'à-propos. Nous sommes en effet, nous psychiatres, non pas bien sûr au plan individuel comme nous faisons mine d'en faire un objet de taquinerie, mais collectivement, de fameux « psychasthéniques ». Autrement dit des passifs, en tout cas des gens d'écoute et de parole largement plus que d'action. Ce qui, sans être forcément un handicap, explique au moins, sans les justifier, nos dérobades et acceptations successives.

Arrêtons cependant d'accuser projectivement les trop habituels « coupables » que nous avons pris la manie de stigmatiser à tout propos dans les énarques ou technocrates qui nous amènent certes, il n'y a pas si longtemps et à coup de dispendieux audits, à ces stupides procédures d'évaluation ou d'accréditation qui visaient moins à parfaire la qualité des soins qu'à optimiser la rentabilité de l'institution. Car pourquoi n'avons-nous pas su tout simplement dire « non » ? Pourquoi n'avons-nous pas été à même de boycotter ces démarches mangeuses de temps, d'argent, d'énergie... ces véritables mascarades dépourvues du moindre intérêt probant ? Pourquoi les collègues en activité continuent-ils de consacrer tant de temps et d'énergie à élaborer des Projets d'Établissement (et quel sens faut-il donner ici au terme « établissement » ?)

que nombre de praticiens, et même des administratifs, considèrent comme parfaitement inutiles ?

Dans le même ordre d'idées, pourquoi n'avons-nous pas su résister à l'injonction étato-administrative qui imposa brutalement, sous couvert de contestables justifications au moins quant aux chiffres, une réduction drastique du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques ? Entendons-nous bien : le problème n'était pas dans cette réduction, elle était nécessaire ; le problème fut dans son excès, et il y eut très évidemment excès. Au point qu'aujourd'hui, les hospitaliers n'ont qu'une obsession : celle, faute de place, de jeter les gens dehors le plus vite possible, ce qui en fait les déambulants des rues que l'on déplore. J'ai même appris – et c'est horrible à écrire – que certains soignants en arriveraient à formuler jusqu'à des souhaits de mort, exprimés par un cynique « un de moins » lorsque survient un suicide. En sachant que les suicides, hors les murs bien entendu, sont aujourd'hui nettement plus nombreux que naguère.

On pourrait m'objecter que je parle beaucoup – trop – de l'hôpital ; et que la politique de sectorisation a eu pour conséquence, justement, de rendre anachronique, voire obsolète, l'hospitalo-centrisme antérieur. À quoi j'objecterais à mon tour que ce point de vue correspond davantage à une imputation d'intention qu'à une réalité d'après coup. D'autant que mon propos concerne le type même de patients dont fait état l'article évoqué, c'est-à-dire des malades graves. De ceux qui, justement, ne se traitent que rarement, et avec quelle difficulté, au cours de seules et sporadiques rencontres extra-hospitalières.

Au bout du compte, ne devrions-nous pas nous livrer à une sérieuse remise en cause de nous-mêmes ? À un courageux examen de conscience ? Car nous ne pouvons persister à nous dire totalement innocents des « malheurs » dont nous avons l'habitude de nous plaindre. En écrivant cela, je sais que je ne me ferai pas que des amis parmi mes lecteurs. J'en prends le risque.

Je terminerai en confessant un certain tourment. C'est un fait, je ne vois pas les psychiatres français d'aujourd'hui jouir de conditions d'exercice très heureuses. Ceux que je rencontre en tout cas, tous bons cliniciens, aimant leur métier, hier enthousiastes et même battants... sont devenus fatigués, désabusés, parfois aigris. Leur lassitude m'inquiète qui, trop souvent exprimée, et trop généralement, semble dépasser, quant au sens, celui d'un simple et passager creux de vague dépressif. Mais cela n'enlève rien à la nécessité du moment. Qui serait celle de se battre avec des armes révisées et modernisées. Après tout, un syndicat est fait pour ça. Rendre efficaces, certes avec raison, hauteur de vues, modération... mais non moins fermement, les moyens de pression dont il dispose, est, ou devrait être, sa tâche première.

L'hebdomadaire, dont j'ai pris l'article pour point de départ de mon propos, n'a peut-être pas tout à fait tort d'exposer au grand public, au style et à quelques considérations regrettables près, certaines des contradictions de la psychiatrie française actuelle. Et de nous lancer implicitement à la tête, à nous psychiatres, une sorte de défi. Étant entendu que deux points essentiels devraient être la préoccupation de tous les collègues en exercice : d'une part, une rigueur scientifique la plus pointilleuse possible ; d'autre part, une combativité organisationnelle unitaire qui ferait passer les impératifs techniques AVANT les considérations administratives d'opportunité politique. Ce qui ne signifie pas écarter celles-ci, mais seulement les ordonner dans une raisonnable hiérarchie.

En fonction de quoi la présence, peut-être effectivement trop massive, dans Paris ou ailleurs, des malades mentaux, et leurs possibles méfaits, devrait appeler à n'en pas douter quelques révisions dans les pratiques peut-être exagérément idéalistes de leurs thérapeutes.

M. H.

*Psychiatre des Hôpitaux Honoraires
Bourg-en-Bresse*

PAS DE DISCOURS SANS LECTURE

À PROPOS DE LA RÉHABILITATION PSYCHIATRIQUE

Bernard JOLIVET
dans le n° 139 (décembre 2004) de *La Lettre de Psychiatrie Française* à propos du livre de Tania Lecomte et Claude Leclerc (*Manuel de Réadaptation Psychiatrique*), je faisais allusion à l'ouvrage du *Centre de Réhabilitation Psychiatrique de Boston*, traduit récemment en français⁽¹⁾. C'est le deuxième important ouvrage publié par cette équipe

(W. Anthony, M. Cohen, M. Farkas, C. Gagne). Le premier, publié il y a dix ans, avait déjà retenu notre attention. Dans ce gros livre (plus de 400 pages) comportant une large bibliographie de travaux anglo-saxons, le thème est toujours celui des soins (*cares*) à apporter aux personnes ayant été ou étant atteintes d'incapacités psychiques **graves** résultant d'une maladie mentale (à noter, comme dans le livre des Canadiens, que le terme handicap est banni), ce qui représenterait 2,6 %

de la population américaine. L'esprit et la pratique sont toujours les mêmes, étayés par une expérience qui s'est considérablement enrichie. Le processus de réhabilitation psychosocial est basé non seulement sur l'individu et ses « habiletés » mais sur ses conditions de vie (famille, environnement, etc.). De ce constat, qui peut d'ailleurs varier dans le temps, un processus de planification est élaboré, suivi par un programme d'intervention toujours très personnalisé et où une large place est laissée à la responsabilité même de la personne.

C'est cette volonté de considérer avant tout qu'il s'agit de **personnes**, et seulement ensuite de personnes atteintes d'incapacité (p. 134), qui est remarquable, alors qu'en France nous avons plutôt tendance à construire des systèmes institutionnels, gros consommateurs d'énergie, dans lesquels les malades devront rentrer.

Ce travail de réhabilitation est associé mais **distingué** des traitements **nécessaires** au sujet. Il prend bien entendu appui sur l'environnement, considéré comme facteur essentiel du rétablissement (*recovery*). Dans cet environnement, une large place est faite aux expériences des « usagers » (survivants), et c'est là que se situe en France une grande lacune car on tient peu compte de ce que peuvent apporter les « usagers » eux-mêmes dans la construction et le fonctionnement des institutions, bien que quelques progrès se fassent timidement jour. Les auteurs n'hésitent pas à dire (p. 111) que « ce ne sont pas les professionnels qui détiennent la clé du rétablissement, mais les individus », « l'expérience citoyenne » (terme que je préférerais à celui d'usager et qui renforce l'esprit de non-discrimination) est complétée par celle des familles considérées comme des **ressources** précieuses pour lesquelles une aide spécifique doit être définie (p. 203). Ces familles, regroupées

dans de puissantes associations (NAMI), jouent un rôle de plus en plus important dans le domaine psychiatrique, comme c'est le cas en France avec l'UNAFAM.

Je vous conseille de lire (p. 31) les quinze « mythes » (déjà exposés dans de précédents ouvrages) « qui ont suggéré que les diagnostics et les ensembles de symptômes psychiatriques pouvaient être utilisés pour prédire, prescrire et/ou décrire les programmes de réhabilitation et leurs résultats »... et qui recouvrent en partie ce que nous-mêmes avons décrit dans une recherche antérieure.⁽²⁾ Sont passés en revue les personnels nécessaires à ce travail de réhabilitation (p. 190 et suivantes), les fameux « Programmes », base même de la réhabilitation, ainsi que les principes qui doivent les constituer. À noter aussi que la « Recherche » fait partie **intégrante** de cette pratique et qu'elle n'est point **superficiellement** isolée du contexte « clinique ».

En ce moment où la psychiatrie « se cherche », dans l'espoir que soit enfin définie une politique qui lui soit propre dans le cadre d'une politique plus large de Santé Mentale, la lecture de cet ouvrage courageux devrait donner quelques « pistes » si tant est qu'on le souhaite, sans abandonner ce qui fait notre spécificité, en particulier dans la distinction entre « soins de réadaptation » et « réhabilitation »⁽³⁾.

B. J.

(1) *Socrate*, Éditions Promarex, Charleroi (Belgique).

(2) *Maladie Mentale, Travail et Société*, publication du C.T.N.E.R.H.I., Diffusion PUF, février 1987.

(3) Voir « Argumentaire sur la réhabilitation en tant que pôle social de la réadaptation », *Actualités Psychiatriques* n° 5, 1989.

L'ART DE RÉDUIRE LES TÊTES : SUR LA NOUVELLE SERVITUDE DE L'HOMME LIBÉRÉ, À L'ÈRE DU CAPITALISME TOTAL

DUFOUR (D.-R.), Denoël, 2003, 250 p., 20 €

De la réduction des têtes au changement des corps

Jean-Pierre RUMEN Dans *L'art de réduire les têtes* (Denoël, Paris, 2003) Dany-Robert Dufour avait « tenté de mettre en évidence la profonde reconfiguration des esprits opérée par le marché ».

Directeur de programme au Collège International de Philosophie, auteur, entre autres, de *On achève bien les hommes*, il donne une expression générale à cette constatation clinique d'une nette modification des symptômes qu'inventorier les psychiatres : « dépressions, addictions diverses, troubles narcissiques, extension de la perversion ».

Avec nombre de cliniciens, il attribue cette efflorescence à la récusation par le marché de « toute considération (morale, traditionnelle, transcendante, transcendantale, culturelle, environnementale...) qui pourrait faire entrave à la libre circulation de la marchandise dans le monde. C'est pourquoi le nouveau capitalisme cherche à démanteler toute valeur symbolique au profit de la seule valeur monétaire **neutre** de la marchandise », poursuit-il.

Ce qui entraîne qu'il « n'y a plus de sujet, seulement des subjectivations temporaires, précaires ».

Or, ça ne s'arrête pas là, et dans un article récent (*Le Monde Diplomatique* n° 613, avril 2005) intitulé : « De la réduction des

têtes au changement des corps », il complète ce sombre tableau par l'examen de ce qu'il pense être « un programme diffus de fabrication d'une "post humanité" », c'est-à-dire un instant (qu'on n'ose qualifier d'historique) « où la créature va interférer dans sa création et se poser comme son propre créateur ».

C'est « la science plus l'effet délétère du marché sur les valeurs transcendantes qui seraient en mesure de permettre la réalisation de ce programme ». Il s'agirait de fabriquer une humanité échappant, de par sa constitution, aux aléas mêmes de la désymbolisation de l'espèce parlante : dépressions, addictions, etc., qui nuisent à la productivité et objectent à la réduction des têtes. C'est dire les espoirs atroces fondés sur la chimie, la pharmacologie, la génétique, le clonage.

Et il y aurait des intellectuels pour soutenir ces projets, Peter Sloterdijk notamment (*Règles pour le parc humain*, Mille et une nuits, Paris, 2000) dont Dany-Robert Dufour résume l'argumentaire ainsi : « l'homme étant né insuffisant et étant le produit de la technique, il ne lui reste plus qu'à mener cette dernière à ses ultimes conséquences. C'est ainsi que le vieil homme doit être rebaptisé "homme premier" où l'on peut entendre une claire euphémisation de "primitif"... ».*

Il en conclut que les propos de Sloterdijk « ... permettent de comprendre que la désinhibition symbolique actuelle n'est

pas seulement une affaire de libération des mœurs et de sortie plus ou moins douloureuse du patriarcat. En fait, la levée des interdits révèle que perdure un véritable projet post nazi de sacrifice de l'humain ».

Ces perspectives atroces ne sont pas seulement vertigineuses, elles sont crédibles.

Pour nous psychiatres, la seule question qui vaille alors est de savoir dans quelle mesure nous participons **de** et **à** ce projet technique appliqué à l'humain. C'est pourquoi notre seule préoccupation devrait être éthique et porter sur les fins et les conséquences de notre acte.

Le Ministre vient de nous promettre « des moyens », c'est-à-dire des sous.

Pour faire quoi ?

Là-dessus, pas un mot, ni de lui, ni de nous.

Il est urgent de lire Dany-Robert Dufour.

J.-P. R.

* Mais est-on bien sûr que Sloterdijk ne s'exprime pas par anti-phrasé ?

OUVRAGES RÉCEMMENT PARUS

Le corps insoumis : psychopathologie des troubles des conduites alimentaires

Maurice CORCOS
Dunod – 30 €

L'économie addictive : l'alcoolisme et autres dépendances

Jean-Paul DESCOMBEY
Dunod – 27 €

Notre cœur tend vers le Sud : correspondance de voyage, 1895-1923

Sigmund FREUD
Fayard – 23 €

Œuvres complètes : psychanalyse. 12, 1913-1914

Sigmund FREUD
PUF – 46 €

L'évolution psychologique de la personnalité

Pierre JANET
L'Harmattan – 28 €

Œuvres choisies. 1 – Premiers écrits psychologiques (1885-1888)

Pierre JANET
L'Harmattan – 14,50 €

La mélancolie et ses destins : mélancolie et dépression

Anne JURANVILLE
In press – 10 €

Les destins croisés : de la psychiatrie et de la psychanalyse

Simon-Daniel KIPMAN
Doin – 20 €

Les drogues

Nicole MAESTRACCI
PUF – 8 €

L'homme sans gravité : jouer à tout prix : entretiens avec Jean-Pierre Lebrun

Charles MELMAN, Jean-Pierre LEBRUN
Gallimard – 5,30 €

Mémoire sur la découverte du magnétisme animal. Mesmer et le magnétisme animal (1853)

Franz Anton MESMER
L'Harmattan – 19,50 €

Le corps et sa danse

Daniel SIBONY
Seuil – 9 €

Le goût de vivre : retrouver la parole perdue

Édouard ZARIFIAN
O. Jacob – 19,90 €

Assurance-maladie

Les Éditions des Journaux Officiels – 23,30 €

Code Pénal

Commentaires d'Henri LECLERC
Seuil – 12 €

Le nouveau droit de la bioéthique : commentaire et analyse de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004

Jean-René BINET
Litec – 22 €

Atteintes sexuelles. Tome 2 – sur enfants mineurs : propos de cliniciens et juristes engagés dans leur pratique auprès de ces enfants

Passage piétons, 5 – 20 €

21, L'amendement Accoyer-Mattei-Dubernard : revue de presse

JFP Journal français de psychiatrie
Érès – 14 €

CÉLESTE

Nous y voilà, ma chère Céleste, nous y voilà ! Il te souvient de mes « morigénations » contre mon maître qui me fit reconnaître comme « handicapée psychique »

ROSE DE VERSAILLES

au motif que j'étais dépressive et qu'il m'avait fait consulter, en conséquence, un spécialiste de ces questions des troubles de l'esprit. J'avais trouvé le procédé malhonnête et quelque peu insultant pour une pauvre vache de mon espèce. Surtout, je n'en comprenais pas le sens... Eh bien, nous y voilà !

Mon maître s'en était tenu aux déclarations de parlementaires qui pensaient en leur âme et conscience qu'il fallait délibérer. Ce qu'ils firent. Mais délibérer sur quoi et de quoi ? C'est la question que nous nous étions permis de poser...

Eh bien, nous y voilà ! Une recherche est organisée par ces messieurs du château* pour : « ... favoriser l'étude de ce que l'on désigne par la notion de handicap psychique... ». Ah que c'est bien dit ! Si tu veux concourir, Céleste, dépêche-toi, les inscriptions pour le faire seront bientôt closes. Bien sûr, nous pourrions nous-mêmes organiser un concours de la plus belle



défini-

nition. Nous pourrions pour cela, par exemple, nous référer aux travaux de nos grands anciens, notamment de celui-là, Morel, qui avait produit un beau travail sur la dégénérescence des vaches...

Pour l'heure, cependant, j'ai comme le sentiment, Céleste, que certains ont mis « la charrue avant les bœufs ». Et vois-tu, en la circonstance, ce n'est pas la charrue qui me gêne – il en faut bien une pour retourner la terre –, ce sont les bœufs !

Rose de Versailles
(alias J.-D. B.)

* de la Dress-Mire.

LE MOMENT EST VENU D'ADHÉRER

AU SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS !

Dans la conjoncture actuelle si difficile,

VOS SYNDICATS N'ONT LE POIDS QUE DE LA REPRÉSENTATIVITÉ QUE VOUS LEUR DONNEZ EN ADHÉRANT :

or, jusqu'à présent, les psychiatres ne manifestent pas assez, ne se rassemblent pas assez.

Pour 300 € (et moins si vous êtes en exercice depuis moins de 4 ans), vous bénéficierez des services :

- du SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS, le Syndicat de TOUS les psychiatres :
 - défense des intérêts moraux et matériels collectifs de la profession,
 - groupes de travail,
 - conseils individuels ;
- de l'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, l'Association représentant la tradition humaniste française de la psychiatrie, ouverte aux courants les plus actuels, qui vous propose de participer à des :
 - congrès nationaux,
 - rencontres régionales,
 - activités de formation continue,
 - réseaux de travail.

Ensemble, ils vous informent régulièrement par le biais de :

- La Lettre de Psychiatrie Française mensuelle.
- Psychiatrie Française, revue scientifique trimestrielle.

ADHÉREZ POUR 2005

AU SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS

Je soussigné, Docteur
 Ayant la qualification de psychiatre depuis le (date)
 et/ou le titre de psychiatre des hôpitaux / praticien hospitalier depuis le (date)
 Demeurant
 Téléphone : Fax :
 e-mail :

Déclare ADHÉRER au SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS, ce qui entraîne l'adhésion à l'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, le service de la Revue *Psychiatrie Française* et de *La Lettre de Psychiatrie Française*.

Et règle ma COTISATION pour l'année 2005 300 €

COTISATION MINORÉE pour les jeunes confrères (sur justificatif) :

- dans leurs 2 premières années d'exercice 185 €
- dans leurs 3^e et 4^e années d'exercice 260 €

Nota Bene : Nous pouvons aménager votre règlement en cas de difficultés temporaires.

- je règle par chèque établi à l'ordre du Syndicat des Psychiatres Français

Fait à le Signature :

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

« Nous avons reçu le 24 mars 2005 de la Fédération des Associations Nationales de CMPP (FAN-CMPP) la lettre et le document que l'on pourra bien lire ci-dessous, en réponse à l'article de R. Salbreux paru dans la LLPF n° 140 de décembre 2004.

Nous remarquons qu'une délégation intersyndicale SP/CFE/CGC/SNPP/SPF a été reçue le 15 mars 2005 au Ministère pour exprimer les inquiétudes des psychiatres au sujet des indicateurs médico-sociaux dans les CMPP et que nous retrouvons dans le texte de la FAN-CMPP la plupart des craintes que nous avons identifiées et des arguments que nous avons présentés. Le travail devrait donc pouvoir se poursuivre dans la transparence, la complémentarité et la convergence ».

N.D.L.R.

Monsieur le Rédacteur en chef, Cher Confrère,

La Fédération des Associations Nationales de CMPP souhaite apporter son écho à l'article signé par Roger Salbreux concernant les indicateurs médico-sociaux, publié dans le numéro 140 de *La Lettre de Psychiatrie Française* de décembre 2004.

Dans la première partie de son texte, notre confrère et ami, Roger Salbreux, dresse le portrait de la nature des indicateurs médico-sociaux ; nous sommes en accord avec cette description. Dans une seconde partie, la position prise nous semble davantage interprétative et donc sujette à caution.

Puisque les CMPP sont évoqués à plusieurs reprises dans le contenu de cet article et que la Fédération des Associations Nationales de CMPP est elle-même citée, je voudrais corriger une erreur et, pour information, transmettre à *La Lettre de Psychiatrie Française* le texte de préambule qui a été remis à l'État en prévision du COPIL National du 23/03/2005.

Il n'est pas exact de dire, je cite : « qu'une regrettable absence de concertation avec les médecins aurait fait que ceux-ci (les Médecins Psychiatres, Directeurs de CMPP) n'ont pu être présents qu'aux dernières réunions ».

En effet, dès que la Fédération des Associations Nationales de CMPP a été constituée (décembre 2003), c'est-à-dire après que les premières réunions du COPIL eurent commencé sur les indicateurs médico-sociaux, celle-ci a été représentée lors des réunions ultérieures de façon équitable entre les médecins directeurs de CMPP et les directeurs administratifs pédago-

giques et/ou généraux de CMPP ; six personnes se sont ainsi réparties pour représenter la Fédération au sein des différentes réunions du COPIL National et, parmi ces six personnes, il existait 3 médecins psychiatres, directeurs de CMPP, administrateurs de la fédération dont certains étaient également présidents d'associations nationales de CMPP.

Comme vous le constaterez dans les deux préambules qui ont été remis au Ministère, la Fédération des Associations Nationales de CMPP n'a pas pour objet d'être « modératrice entre les craintes des psychiatres et la nécessité d'obtenir, sans doute grâce aux indicateurs, les allocations de ressources à la fois suffisantes et justes » (Roger Salbreux, *La Lettre de Psychiatrie Française* de décembre 2004).

Rappelons que c'est la FAN-CMPP qui a fait admettre par l'État le principe de la phase d'expérimentation. Soulignons encore que la plupart des modifications que nous avons proposées sur les indicateurs ont été retenues.

Je vous remercie très vivement, Monsieur le Rédacteur en chef et Cher Confrère, de bien vouloir tenir compte de ces observations et de publier dans un prochain numéro de *La Lettre de Psychiatrie Française* ce courrier, ainsi que le préambule proposé par la Fédération des Associations Nationales de CMPP (FAN-CMPP) au COPIL National du 23/03/2005.

Docteur Jean-Marie DE SINETY

Président de la Fédération des Associations Nationales de CMPP
Pédopsychiatre - Psychanalyste
Directeur Médical du CMPP de Tours

DEUXIÈME TEXTE DE PRÉAMBULE ÉMANANT DE LA FAN-CMPP CONCERNANT LA MISE EN PLACE DES INDICATEURS MÉDICO-SOCIAUX ET INTRODUISANT LA RÉUNION DU COPIL DU 23/03/2005

1. Les CMPP sont attachés à une pratique pluridisciplinaire qui se réfère à la clinique pédopsychiatrique dans une perspective psycho-dynamique. Ils agissent dans le champ de la santé mentale en intégrant les dimensions environnementales : familiales, éducatives, pédagogiques et sociales. Ils sont inscrits dans le secteur médico-social.
2. La Fédération des Associations Nationales de CMPP prend acte de la volonté des Pouvoirs Publics de mieux connaître les caractéristiques des services rendus à la population dans le domaine médico-social. Il apparaît nécessaire de définir cette politique sur la base d'études des besoins réels puis de l'organiser dans un plan ad hoc. Dans ces différen-

tes phases, le monde associatif dispose d'informations et de compétences capables de contribuer significativement à ces élaborations.

3. L'Administration centrale dit, sans ambiguïté, sa volonté de parvenir à ces objectifs sur la base de la concertation de la recherche de consensus, sans pour autant confondre le niveau de la concertation et celui de la décision. La FAN-CMPP consultée, ne confond nullement, elle non plus, le rôle qui lui appartient de représentation et celui, de décision, qui appartient aux Pouvoirs Publics.
4. Il convient, par ailleurs, de souligner que la concertation actuelle se déroule dans un contexte d'évolutions importantes des réglementations. Le dispositif législatif engagé est partagé entre deux lois (l'une relative aux institutions, loi 2002/2, l'autre relative aux personnes, loi 2005). Dans ce contexte, il est particulièrement difficile d'élaborer une réflexion cohérente sur l'organisation et le fonctionnement des établissements et services, notamment parce que cette logique politique définit le cadre et le volume des moyens avant d'identifier et de quantifier les besoins. C'est ainsi que le premier décret d'application publié portait sur la réglementation budgétaire avec le risque d'enfermer la réflexion sur l'activité, dans une logique de maîtrise comptable des dépenses.
5. Tout en attirant l'attention sur les ambiguïtés du terme d'« indicateurs » lorsqu'il est détaché des notions fortes de la sociologie des organisations, la Fédération accepte le principe d'une mesure dans les trois registres proposés : financier, population, activité. Elle s'accorde avec la volonté exprimée par l'État d'un nombre réduit d'instruments de mesure et de comparaison dans chacune de ces catégories.
6. La Fédération prend en compte les déclarations du Ministère sur les intentions et les objectifs attribués à ces instruments de mesure, notamment : « si les indicateurs ont pour finalité de favoriser la convergence tarifaire, ils n'ont pas pour objet d'uniformiser et de standardiser les financements des établissements médico-sociaux... » (Circulaire DGAS du 05.11.04 relative à l'arrêté du 22.10.04, J.O. du 29.01.04, préambule).
7. Dans la recherche d'un lien entre l'activité et le financement, la FAN-CMPP estime que ce lien doit être « intelligent », selon l'expression des services de l'État. Ceci ne sera pas le cas si un certain nombre d'écueils sont niés, notamment les graves désillusions qu'apporterait une tarification à la pathologie.
8. Enfin, la FAN-CMPP a constaté régulièrement que l'utilisation des ratios chiffrés est souvent, pour des motifs divers, déviée, voire détournée des objectifs annoncés. Elle affirme que sa participation à l'élaboration des indicateurs dénote sa volonté d'affiner les critères susceptibles de rendre compte de son action. Elle souhaite une clarification des intentions et des orientations des Pouvoirs Publics.
9. Pour autant, elle entend tenir compte de l'information qui remonte du terrain et qui montre que certaines décisions de l'Administration centrale continuent de recevoir, dans les départements, des applications variées dues autant à des soucis locaux spécifiques qu'à des interprétations particulières de la décision prise au niveau central.

Le Conseil d'Administration de la FAN-CMPP
du 17/03/2005

Le Président :

Docteur Jean-Marie DE SINETY

Bon de commande **PSYCHIATRIE FRANÇAISE**

Penser la psychose

2 - Nouvelles réponses thérapeutiques aux expressions psychotiques

(Actes des Journées Nationales AFP 2004)

Mme M. Dr :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Fax : e-mail :

• commande exemplaires du n° Sp/2004 x 21 € = € à régler par chèque établi à l'ordre du Syndicat des Psychiatres Français

Bon de commande à retourner au SPF - 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

GRAINS DE SEL PSYCHIATRIQUE

PSYCHIATRICUS

Pour illustrer le précédent « grain » sur la nouvelle gouvernance hospitalière, voici un bout d'analyse d'un bulletin de qualité distribué au personnel d'un CHU. Un deuxième manuel d'évaluation est annoncé « car les médecins ne se sentent pas assez concernés et ne se reconnaissent pas » dans les marqueurs définis par « la première vague ». Pourtant, on apprend en petits caractères que la première version est OBLIGATOIRE, INCONTOURNABLE et que tous les établissements en cours d'accréditation le seront sur la base du premier manuel. Voilà qui est clair, net et précis sur la volonté de l'administration de passer en force. La véritable médicalisation de la procédure sera pour plus tard, à Pâques ou à la Trinité...

Des mesures d'organisation du travail rationnelles sont mises en œuvre. C'est un point qui dépendait de l'administration pour l'essentiel et c'est bien que l'on puisse faire une seule fiche administrative complète pour le patient que les infirmières n'auront plus à recopier. Tout le monde est rappelé au respect de la confidentialité, et c'est bien. Mais l'essentiel des mesures réalisées concerne les matériels et leur entretien. Il n'est pas question d'équipe infirmière d'unité et des relations humaines entre les personnels. Comment avoir le sourire qui est prescrit si on ne valorise pas la qualité des relations dans l'équipe soignante ?

Au moment où les industries quittent les grands lieux du passé pour travailler dans de petites unités modernes, on envisage la construction d'un CHU géant, un projet « pharaonique », a écrit la presse, autour de 1 500 lits rassemblant sur le même site tous les moyens lourds d'une région. En cas de catastrophe naturelle ou sociale affectant ce site, tous les cas graves se trouveraient subitement sans recours. Cette concentration prétend éviter des déplacements de quelques kilomètres dans la ville, tandis que la fermeture engagée d'hôpitaux de proximité entraînera des déplacements de centaines de kilomètres pour patients et familles (... il faudra bien alimenter le monstre et tenter de le rentabiliser...). La rumeur dit que l'homme fort de ce projet aurait été dans la squadra de l'actuel Premier ministre. Du coup, on se laisse aller à associer sur le Futuroscope de Poitiers, sur les grandes entreprises de travaux publics et sur les juteuses opérations immobilières prévisibles grâce à la libération de terrains hospitaliers de centre-ville... De quoi rêver pour certains, mais nous verrons que ce sera plutôt un cauchemar pour les soignants et... finalement pour les malades, leurs familles et les contribuables.

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

PETITES ANNONCES

(réf. 1878) **07 - ANNONAY - CMPP Recherche Directeur Médical Pédopsychiatre**
☎ 04 75 33 21 34

(réf. 1879) **30 - MONOBLÉ - L'IRP Les Amarinières Recherche un médecin psychiatre** en CDI - 0,41 ETP - CC 51 - Rens. ☎ 04 66 56 26 10

(réf. 1880) **31 - MURET - Hôpital local Recherche** pour son I.M.E. **un pédopsychiatre** (5 vac. hebdo.). Constitution d'un poste de PH tps partiel en cours - Contacter Mme C. MARTIN, directeur adjoint ☎ 05 61 51 92 02

(réf. 1881) **75 - PARIS 3^{ème} - Deux psychiatres Recherchent 3^{ème} associé** dans SCM. Beaux locaux idéalement situés, quartier République - SCI possible. Contact : Dr MANSION ☎ 01 48 04 55 22

(réf. 1882) **75 - PARIS 10^{ème} - IMP Dysphasia**, 59 rue du Fbg St Martin Paris 10^{ème} (enf. 6-14 ans, intelligence normale, troubles du langage) **Cherche pédopsychiatre / psychanalyste** (3 H /15 jours) supervision d'actions pédagogiques et éducatives. Adresser votre candidature au directeur.

(réf. 1883) **75 - PARIS 17^{ème} - Cabinet de groupe pédiatres - psychologues Propose vacances** à une psychologue ou pédopsychiatre ☎ 01 46 22 04 10 - ☎ 01 47 66 53 28 - mail : antier@noos.fr

(réf. 1884) **92 - HAUTS-DE-SEINE - URGENT** cause maladie **Cède gros cabinet de psychiatrie + gros potentiel** - possibilité de remplacement longue durée ☎ 01 58 30 62 22

(réf. 1885) **95 - SAINT-OUEN-L'AUMÔNE - C.M.P.P. Recrute 2 psychiatres ou pédopsychiatres** CDI (CCN 66) - Postes à 1/2 temps, libres le 01/09/05. Écrire et envoyer CV à la Direction du C.M.P.P. de St-Ouen-l'Aumône, 7 av. de Verdun, BP n° 10009, 95311 CERGY-PONTOISE CEDEX ☎ 01 34 64 32 98 - ☎ 01 34 30 06 04

CÈDE

DROITS D'EXERCICE PRIVILÉGIÉ
EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Région Toulousaine

Contact :
Secrétariat médical
☎ 05 61 61 55 00

(réf. 1886)

L'Association Régionale pour l'Intégration

RECRUTE

1 PÉDOPSYCHIATRE (H/F)

CDI à 0,50 ETP
possibilité vers 1 ETP (2006)
pour assurer la Direction Médicale
du CAMSP-CMPP La Ciotat

1 PÉDOPSYCHIATRE (H/F)

CDI à 0,50 ETP
possibilité vers 0,75 ETP (2006)
pour assurer la Direction Médicale
de l'Hôpital de Jour de La Ciotat

Postes à pourvoir au 01.09.05

Adressez vos candidatures au :
Directeur de l'Hôpital de Jour
12 bd Bertolucci

13600 LA CIOTAT ☎ 04 42 83 80 80
(réf. 1887)

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

RECHERCHE

SON 4^{ème} PSYCHIATRE

pour le site de SAINT-BRIEUC

Statuts : P.H.
ou PAC (CDD)
ou Assistant Spécialiste (CDD)

Renseignements d'ordre médical :
Dr ALOUI ☎ 02 96 77 27 17

Adresser candidature et CV
à M. le Directeur
Centre Hospitalier
St-Jean-de-Dieu
BP 55 - 22101 DINAN
☎ 02 96 87 18 10

(réf. 1888)

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. 1889)

LE CENTRE HOSPITALIER DE THUIR

Pyrénées-Orientales (66) - Région Languedoc-Roussillon
(situé à 10 mn de Perpignan, 1 h 30 de Montpellier et Toulouse, 2 h de Barcelone)

Établissement spécialisé en psychiatrie

*(7 secteurs de psychiatrie générale, 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile,
1 intersecteur de toxicomanie, 1 secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire)*

RECHERCHE

pour ses secteurs de Psychiatrie Générale

DES MÉDECINS PSYCHIATRES,
PRATICIENS HOSPITALIERS F.F. OU PRATICIENS CONTRACTUELS

Missions :

- Travail clinique, d'organisation et d'animation d'équipe sur structure d'hospitalisation temps plein, d'hôpital de jour et de CMP,
- Participation à la mise en place du nouveau projet de service et de l'hôpital.

Poste à pourvoir très rapidement

Candidatures à adresser à :
Monsieur le Directeur Centre Hospitalier Léon-Jean-Grégory
Avenue du Roussillon - BP 22
66301 THUIR CEDEX - ☎ 04 68 84 67 00

(réf. 1890)

INSTITUT THÉRAPEUTIQUE
ÉDUCATIF ET SCOLAIRE « ODYSSEE »

LE PERRAY (78)
(proximité RAMBOUILLET)

RECRUTE

UN PSYCHIATRE

en CDI à 1/2 temps

Expérience analytique appréciée.
CC 66 - Adolescents TCC
petit internat et externat.

Envoyer CV et lettre candidature
à M. le Directeur
63 rue de Chartres
78612 LE PERRAY-EN-YVELINES Cedex

Ass. Gest. : Sauvegarde des Yvelines

(réf. 1891)

Foyer d'hébergement
pour adultes handicapés
mentaux
ÉPINAY-SUR-ORGE (91)

RECRUTE

UN PSYCHIATRE

(Responsable des soins)
en CDI à 1/4 temps

Adresser candidature
à M. le Directeur
du Foyer Les Roseaux
17 rue des Rossays
91360 ÉPINAY-SUR-ORGE
☎ 01 69 79 65 90

(réf. 1892)

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

RECHERCHE

UN(E) PSYCHIATRE

0,308 ETP (11 h hebdo) - CC 66
CDI à pourvoir immédiatement
pour son IME situé à Massy (91)
Agrément Annexe XXIV

Déficients intellectuels
avec ou sans troubles associés
Accueillant enfants de 3 à 14 ans

Adresser lettre de motivation et CV
à Mme La Directrice
Institut Médico-Éducatif A.-Nouaille
45 rue de Vilgénis
91300 MASSY

(réf. 1893)

Le C.H.S. Albert-Bousquet
de NOUMÉA
(300 ETP - 16 760 000 Euros)

RECRUTE

dans les meilleurs délais

UN PRATICIEN HOSPITALIER
pour l'unité de personnes âgées

Clôture des inscriptions le 04.07.05.

Renseignements sur demande à :
M. le Directeur
des affaires sanitaires et sociales
Inspection de la santé
BP N4 - 98851 NOUMÉA
(Nouvelle-Calédonie)

☎ (687) 24 37 00 poste 750
☎ (687) 24 37 02

e.mail : sylvie.cugola@gouv.nc
(réf. 1894)

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

... JUIN 2005

à **NANTES, le 9** : Le Groupe Bretagne-Pays-de-Loire de la Société Psychanalytique de Paris organise une conférence : **La place du masochisme dans le processus psychanalytique**. Renseignements : Docteur Michel Sanchez-Cardenas 29 bis rue de la Chézine 44100 Nantes - Site : www.spp.asso.fr

à **CHARLEVILLE-MÉZIÈRES, le 9** : Le Centre Hospitalier Bélaïr organise un colloque : **Douleur en santé mentale**. Renseignements : Centre hospitalier Bélaïr Marie-Odile Jacquemet 08013 Charleville-Mézières Cedex - Tél. : 03 24 56 88 18 - Fax : 03 24 56 88 90.

à **TOURS, les 10 et 11** : La Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées organise ses Journées Nationales 2005. Renseignements : SFPEADA, J. Yzon-F. Marchaud, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Bretonneau CHRU 37044 Tours Cedex 1 - Tél. : 02 47 47 60 94 - 02 47 47 86 46 - Fax : 02 47 47 82 92 - 02 47 47 87 70 - e-mail : p.lenoir@chu-tours.fr

à **NANCY, les 10 et 11** : L'UNAFAM organise son XXXIII^e congrès national. Renseignements : UNAFAM 12 villa Compoint 75017 Paris - Tél. : 01 53 06 30 43 - Fax : 01 42 63 44 00 - e-mail : infos@unafam.org - Site : www.unafam.org

à **PARIS, le 11** : L'École de psychosomatique organise une journée : **Nouvelles approches du stress et du traumatisme**. Renseignements : Tél. : 01 48 04 32 22 - Site : www.ecole-psychosomatique.org - e-mail : info@ecole-psychosomatique.org

à **PARIS, les 11 et 12** : Le G.E.R.P.E.N. organise un week-end de travail : **À propos des identifications primaires**. Renseignements : Tél./Fax : 01 45 94 16 30.

à **PARIS, le 12** : L'Association IPSO Pierre Marty organise sa XXII^e journée d'étude : **Le stress à toutes les sauces**. Renseignements : Tél. : 01 43 25 09 29 - e-mail : cefp@ipso-paris.org

à **PARIS, les 24 et 25 juin** : L'Association Primo Levi organise un colloque : **Errances et Solitudes**. Renseignements : Tél. : 01 43 14 88 50 - Site : www.primolevi.asso.fr/colloque2005

à **PARIS, du 24 au 26** : 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, les 25 et 28** : Les Séminaires Psychanalytiques organisent une Conférence sur : **Les 7 concepts les plus difficiles en psychanalyse : la sublimation**. Renseignements : Monique Romézy - Tél. : 01 46 47 66 04 ou 01 42 24 83 13 - Fax : 01 46 47 60 66 - Site : www.seminaires-psy.com

à **HYÈRES-LES-PALMIERS, les 26 et 27** : La Sauvegarde de l'enfance organise un Congrès : **Lien familial, lien social. Individualisme, normes, vulnérabilités.** Renseignements : La sauvegarde de l'enfance, 121, av. Vauban 83000 Toulon - Tél. : 04 94 93 30 30.

à **PARIS, le 28 juin** : L'Association de santé mentale dans le XIII^e arrondissement organise un séminaire : **Progrès de l'évaluation médico-économique en psychiatrie.** Renseignements : Mme B. Laffez Centre Philippe Paumelle 11 rue Albert-Bayet 75013 Paris - Tél. : 01 40 77 44 00.

à **GRENOBLE, le 30 juin et le 1^{er} juillet** : Le Département de Psychiatrie (Pr Th. Bougerol) du CHU de Grenoble organise un colloque : **Émotions, humeur et structures sous-corticales.** Renseignements : Agence Intense - 12 quai Mounier - 38000 GRENOBLE - Tél. : 04 76 44 47 17 - Fax : 04 76 51 61 27 - e-mail : jocelyne.intense@wanadoo.fr / CHU de Grenoble - Hôpital Sud : Tél. : 04 76 76 54 11 - Fax : 04 76 76 75 43 - e-mail : GBougerol@chu-grenoble.fr

... JUILLET 2005

à **PARIS, le 4** : L'Association Séminaire de Jean-Jacques Moscovitz organise une réunion : **« Reste... » à poursuivre...** Renseignements : L'Association Séminaire de Jean-Jacques Moscovitz - Tél. : 01 43 25 02 11 - e-mail : jjmoscovitz@free.fr

... AOÛT 2005

à **PARIS, du 27 au 30** : L'Association lacanienne internationale organise un séminaire d'été : **L'acte psychanalytique.** 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

... SEPTEMBRE 2005

à **PARIS, du 8 au 10** : Le FAPAG-SFPPG organise un congrès : **L'individu et le groupe.** Renseignements : T. Garnier ou K. Ilaire 140 cours Charlemagne 69002 Lyon - Tél. : 04 72 77 45 64 - Fax : 04 72 77 45 77 - e-mail : k.ilaire@package.fr ou t.garnier@package.fr - Site : www.package.fr

à **PARIS, les 22 et 23** : Tavistok Clinic Conference organise la 1^{re} conférence européenne : **Child and adolescent mental health in educational settings.** Renseignements : The Conference en External Events Unit, Tavistok Centre, 120 Belsize lane London NW3 5BA UK - Tél. : +44 (20) 7447 3829 - Fax : +44 (20) 7447 3837 - e-mail : events@tavi-port.org - Site : www.tavi-port.org

À L'ÉTRANGER

... 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 Faulmannsgasse 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 : benedictD@maisondesameriqueslatines.com

... SEPTEMBRE 2005

au **CAIRE (Égypte), du 4 au 8** : La World Federation for Mental Health organise son Congrès 2005. Renseignements : e-mail : emrcfmh@hotmail-com ou conference@medical-design.net - Site : www.wfmh2005.com

au **CAIRE (Égypte), du 10 au 15** : La World Psychiatric Association organise son XIII^e congrès de psychiatrie. Renseignements : Tilesa OPC S.L. C. Londres, 17 28028 Madrid (Espagne) Tél. : +34 913 612 600 - Fax : +34 913 559 208 - e-mail : secretariat@wpa-cairo2005.com

à **YEREVAN (Arménie), du 19 au 21** : se dérouleront les 3^{es} Young Medics' International Conference. Renseignements : Armenian Medical Association PO Box 143 Yerevan 375010 Arménie - Tél. : +3741 53 58 68 ou +3741 53 48 63 - Fax : +3741 53 48 79 - e-mail : conference@armeda.am - Site : www.armeda.am/conference

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 : mai 2005
Prix au numéro : 4 €

Directeur de la publication : Christian VASSEUR

Rédacteur en chef : Jean-Yves COZIC

Comité de rédaction :

Jacques-David BEIGBEDER, Françoise CORET,
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 :

JANSSEN (Risperdal) p. 20-21
LILLY FRANCE (Zyprexa) 4^e couv.

Mise en pages : GRAPHIC WAY 01 58 04 90 90

Impression : SAG, Saverne



Antimaniaque et thymorégulateur

ZYPREXA® (Olanzapine). FORME ET PRESENTATION : • 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 schizophrènes 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 maximale journalière d'olanzapine (incluant toutes les formes galéniques d'olanzapine) 20 mg. Dose initiale recommandée 10 mg en une seule injection IM (dose plus faible 5 mg ou 7,5 mg possible selon l'état clinique et médicaments déjà administrés (voir Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)). Seconde injection (5-10 mg) possible 2 heures après selon l'état clinique. Ne pas administrer plus de trois injections d'olanzapine par 24 heures. Ne pas dépasser la dose maximale de 20 mg par jour d'olanzapine (incluant toutes les formes galéniques). 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) nécessaire, ne pas dépasser la dose maximale de 20 mg par jour d'olanzapine (incluant toutes les formulations). Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : Dose initiale 5 mg à envisager. • **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 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/j après réévaluation clinique. Patients âgés/insuffisants rénaux et/ou hépatiques : une dose initiale plus faible (5mg par jour) doit être prise 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. L'injection simultanée d'olanzapine IM et de benzodiazépine parentérale est déconseillée (cf. Interactions Médicamenteuses et Incompatibilités). Si un traitement par benzodiazépine parentérale s'avère nécessaire, 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 surveiller étroitement le patient afin de déceler une sédation excessive et une dépression cardio-respiratoire. Il est extrêmement important de surveiller étroitement les patients recevant de l'olanzapine intramusculaire, notamment dans les 4 premières heures après l'injection, et de poursuivre si nécessaire après cette période. Surveiller régulièrement toute apparition d'hypotension, de bradyrythmie et/ou d'hypoventilation ou de troubles de la conscience. Il est nécessaire d'être particulièrement prudent avec les patients qui ont reçu un traitement par d'autres médicaments ayant des propriétés hémodynamiques similaires à celles de l'olanzapine intramusculaire incluant d'autres antipsychotiques (oraux et/ou IM) et les benzodiazépines (voir Interactions). Des cas d'hypotension, de bradycardie, de dépression respiratoire et de décès ont été très rarement associés (<0.01%) au traitement par l'olanzapine IM, notamment chez des patients ayant reçu des benzodiazépines et/ou d'autres antipsychotiques (voir Effets indésirables). Pas d'études chez les patients alcooliques ou toxicomanes (cf. Interactions). • **ZYPREXA VELOTAB :** contient : - aspartame, 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 s'il existe 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 dyskinésies tardives significativement plus faible avec olanzapine orale (études comparatives d'un an ou moins). Réduction posologique voire arrêt du traitement des signes de dyskinésie tardive. Prudence si association avec produits à action centrale et l'alcool. Rares cas d'hypotension 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 IM, 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, somnolence. Peu fréquent (0,1-1%) : Arrêt sinusal, hypoventilation.

• **Au cours des essais cliniques avec olanzapine orale :** Au cours d'essais cliniques chez des patients âgés souffrant de démence, incidence supérieure de décès et d'événements indésirables vasculaires cérébraux versus placebo (cf. rubrique Mises en garde), avec démarche anormale et chutes (> 10%), pneumopathies, augmentation de la température corporelle, léthargie, érythème, hallucinations visuelles et incontinences urinaires (1-10%) rapportés. Très fréquents (>10%) : Prise de poids, somnolence, augmentation de la prolactinémie transitoire, rarement avec répercussion clinique. Aggravation de la symptomatologie parkinsonienne et des hallucinations chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. Tremblements, bouche sèche, augmentation de l'appétit et prise de poids lors de l'association avec le lithium ou le valproate. Fréquents (1-10%) : Asthénie, oedème, éosinophilie, augmentation de l'appétit, hyperglycémie, augmentation de la triglycéridémie, vertiges, akathisie, parkinsonisme, dyskinésie, 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.

• **Très rares (<0.01%) :** Brûlures de la cavité nasale, troubles de l'élocution, 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 dyskinésies tardives significativement plus faible avec olanzapine orale (études comparatives d'un an ou moins). Réduction posologique voire arrêt du traitement des signes de dyskinésie tardive. Prudence si association avec produits à action centrale et l'alcool. Rares cas d'hypotension 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 IM, 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, somnolence. Peu fréquent (0,1-1%) : Arrêt sinusal, hypoventilation.

• **Au cours des essais cliniques avec olanzapine orale :** Au cours d'essais cliniques chez des patients âgés souffrant de démence, incidence supérieure de décès et d'événements indésirables vasculaires cérébraux versus placebo (cf. rubrique Mises en garde), avec démarche anormale et chutes (> 10%), pneumopathies, augmentation de la température corporelle, léthargie, érythème, hallucinations visuelles et incontinences urinaires (1-10%) rapportés. Très fréquents (>10%) : Prise de poids, somnolence, augmentation de la prolactinémie transitoire, rarement avec répercussion clinique. Aggravation de la symptomatologie parkinsonienne et des hallucinations chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. Tremblements, bouche sèche, augmentation de l'appétit et prise de poids lors de l'association avec le lithium ou le valproate. Fréquents (1-10%) : Asthénie, oedème, éosinophilie, augmentation de l'appétit, hyperglycémie, augmentation de la triglycéridémie, vertiges, akathisie, parkinsonisme, dyskinésie, 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.

• **Très rares (<0.01%) :** Brûlures de la cavité nasale, troubles de l'élocution, 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 dyskinésies tardives significativement plus faible avec olanzapine orale (études comparatives d'un an ou moins). Réduction posologique voire arrêt du traitement des signes de dyskinésie tardive. Prudence si association avec produits à action centrale et l'alcool. Rares cas d'hypotension 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 IM, 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, somnolence. Peu fréquent (0,1-1%) : Arrêt sinusal, hypoventilation.

• **Au cours des essais cliniques avec olanzapine orale :** Au cours d'essais cliniques chez des patients âgés souffrant de démence, incidence supérieure de décès et d'événements indésirables vasculaires cérébraux versus placebo (cf. rubrique Mises en garde), avec démarche anormale et chutes (> 10%), pneumopathies, augmentation de la température corporelle, léthargie, érythème, hallucinations visuelles et incontinences urinaires (1-10%) rapportés. Très fréquents (>10%) : Prise de poids, somnolence, augmentation de la prolactinémie transitoire, rarement avec répercussion clinique. Aggravation de la symptomatologie parkinsonienne et des hallucinations chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. Tremblements, bouche sèche, augmentation de l'appétit et prise de poids lors de l'association avec le lithium ou le valproate. Fréquents (1-10%) : Asthénie, oedème, éosinophilie, augmentation de l'appétit, hyperglycémie, augmentation de la triglycéridémie, vertiges, akathisie, parkinsonisme, dyskinésie, 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.

ZYPREXA®
Olanzapine
Aller plus loin ensemble

